FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE D'AGRÉGATION

(PATHOLOGIE INTERNE ET MÉDECINE LÉGALE)

PARALYSIES, CONTRACTURES, AFFECTIONS DOULOUREUSES

DE CAUSE PSYCHIQUE

Par le Docteur LOBER

Chef du Laboratoire des Cliniques à la Faculté de Médecine de Lille

Médecin des Hôpitaux



PARIS

LIBRAIRIE OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, Place de l'Odéon, 8

1886

TABLE DES MATIÈRES

Définition. — Plan 5

Historique 8

I. — Recherches sur la nature des affections psychiques et du cadre nosologique dans lequel on doit les faire rentrer.

Symptômes et Diagnostic. 11
Paralysies psychiques 14
Contractures psychiques 27
Affections douloureuses 34

Étiologie.

Hérédité. — Antecédents personnels 48

II. — Conditions susceptibles de réveiller la diathèse hystérique. — Influence de l'imagination. — Autosuggestion.

Traumatisme 52
Sexe. — Age. 59
Emotions dépressives 60
Imitation 65

III. — Recherche de l'état mental, psychique de nos malades. — Mécanisme des affections psychiques.

Paralysies, contractures, affections douloureuses provoquées par suggestion dans l'hypnotisme 71

IV. — Mécanisme et siège de la transformation de l'idée suggérée en trouble moteur ou sensitif. 80

Mécanisme des affections douloureuses 88
Mécanisme des paralysies. 88
Mécanisme des contractures 90

V. — Conséquences pratiques.

Pronostic 95
Traitement 101

Bibliographie 109



LILLE. IMP. CAMILLE ROBBE.

PARALYSIES. — CONTRACTURES. AFFECTIONS DOULOUREUSES

DE CAUSE PSYCHIQUE.

Nous décrirons sous ce nom tout un groupe de troubles moteurs et sensitifs provoqués, chez des sujets prédisposés, par autosuggestion consécutive à une émotion, à un traumatisme ou à l'imitation.

Toute notre argumentation dans les différents chapitres de ce travail aura pour but de justifier et de développer cette définition.

Les paralysies que nous étudierons peuvent se localiser à un groupe musculaire, mais elles peuvent envahir aussi un membre tout entier et se présenter sous forme de monoplégie brachiale ou crurale. Nous observerons même des paraplégies et des hémiplégies offrant les mêmes signes objectifs que ceux que l'on rencontre dans les paralysies consécutives à des névrites, à des myelites ou à des affections cérébrales. Nous devrons donc insister sur le diagnostic différentiel entre les paralysies psychiques et les paralysies de cause organique.

Il en sera de même pour les contractures psychiques que nous devrons différencier des contractures consécutives aux névrites ou aux affections cérébro-spinales.

Notre préoccupation, en décrivant les symptômes observés dans les paralysies et les contractures psychiques, sera surtout d'établir le cadre nosologique dans lequel

on doit faire rentrer ces troubles moteurs de nature spéciale.

C'est encore en suivant la savante méthode de M. le Professeur Charcot, que par l'étude attentive et comparée des symptômes des affections douloureuses nous établirons leur nature.

Nous arriverons ainsi à démontrer que tous ces troubles moteurs et sensitifs ont un cachet spécial, une marque distinctive qui forme précisément le caractère nosographique de l'hystérie confirmée.

Nous analyserons alors avec soin les observations de nos malades et nous chercherons dans leurs antécédents héréditaires et personnels les traces de cette diathèse névropathique sous l'influence de laquelle se développent ces troubles fonctionnels du système nerveux.

Après avoir établi par l'étude symptomatique la nature hystérique des accidents présentés par nos malades, nous fixerons les limites dans lesquelles doivent être renfermées les affections psychiques que nous devons étudier. Nous verrons qu'elles ont pour point de départ une anto-suggestion créée par une idée fixe, l'idée d'impuissance motrice ou l'idée de douleur. Puis nous passerons en revue les influences extérieures qui développent cette idée fixe et qui sont, par conséquent, les causes déterminantes des paralysies, des contractures et des affections douloureuses de cause psychique.

Une fois en possession de toutes ces données que nous aurons acquises par l'observation seule des malades, nous devrons nous demander en quoi consiste cet état mental susceptible de donner naissance à des affections si diverses, sous l'influence d'une simple émotion ou d'un léger traumatisme; et ici encore nous procéderons à cette

recherche non point par le raisonnement seul mais en comparant les signes objectifs observés chez nos malades, de ceux que l'on produit à volonté dans une névrose voisine, je veux dire dans le somnambulisme provoqué.

Nous pourrons alors, marchant toujours sur un terrain solide, celui de la clinique, arriver à localiser dans les centres cérébraux le siège de la lésion fonctionnelle et le mécanisme suivant lequel cette lésion a pris naissance.

Les connaissances que nous aurons alors sur la nature des affections psychiques, nous permettront de passer brièvement sur leur pronostic. Mais cependant nous devrons, à ce sujet, insister sur l'importance que peut prendre cette question en médecine légale, lorsqu'il s'agit de déterminer dans une paralysie ou une affection douloureuse consécutive à un accident, l'importance de la responsabilité.

La nature de la maladie dictera aussi son traitement absolument différent suivant que les troubles moteurs et sensitifs seront de cause organique ou de cause psychique.

Nous aurons ainsi développé la définition que nous donnions en commençant, et démontré, en procédant par analyses cliniques, l'existence et l'importance des paralysies, des contractures et des affections douloureuses de cause psychique.

HISTORIQUE.

Et, en effet, si la lecture attentive des recueils d'observations permet de retrouver, dans les auteurs anciens, des exemples de ces affections motrices et douloureuses survenues dans les mêmes conditions que chez nos malades, il n'en est pas moins certain que la nature de ces affections n'a réellement été élucidée que dans ces dernières années. Dans le cours de ce travail, nous aurons l'occasion de citer quelques observations de paralysies, de contractures se rapportant à notre sujet et publiées par des auteurs relativement récents mais interprétées d'une toute autre façon et attribuées, la plupart du temps, à des lésions passagères du système nerveux.

C'est au Dr Brodie (1) que l'on doit la première description clinique des affections qui rentrent dans notre sujet. Sous le nom d'affection hystérique des jointures, l'auteur anglais étudie les diverses arthralgies, et notamment la coxalgie développées sous l'influence du traumatisme et qu'il décrit sous le nom d'hystérie locale. Il en décrit avec soin la symptomatologie et le diagnostic, et montre l'importance qu'acquiert au point de vue du traitement le diagnostic de ces manifestations locales de l'hystérie avec les mêmes affections de nature organique.

En 1869, le Professeur Russel Reynolds (2), dans un

---

(1) Sir B.-C. Brodie. — *Lecture illustrative of certain local nervous affections.* London 1837. — Lecture II. *Various forms local hysterical affections.* — Traduction française par le Dr Douglas Aigre (1880).

(2) R. Reynolds. — *Remarks on paralysis and other disorders of motion and sensasion dependant on Idea, read to the medical sestion, at the annua meeting of the British medical association. Leeds. July 1869. — In British medical journal. Nov. 1869.*

important travail, publie le résultat de ses recherches à ce sujet et développe les conclusions suivantes :

1° Quelques-uns des troubles les plus sérieux du système nerveux, tels que paralysies, contractures, douleurs ou toute autre perversion de la sensibilité, peuvent dépendre d'un état morbide de l'émotion, de l'idée et de l'émotion, ou de l'idée seule *(dependant on Idea)*.

2° De pareils symptômes peuvent persister longtemps, simulant des maladies graves du cerveau ou de la moelle.

3° Ils résistent aux traitements les plus divers, aux sédatifs et aux irritants, aux soins les plus assidus comme à la négligence, mais ils peuvent complètement disparaître par la suppression de l'idée erronée.

4° On les rencontre chez des sujets qui ne présentent aucun signe d'aliénation mentale, d'hypochondrie ou d'hystérie.

5° Souvent ils se développent chez des anémiques et des convalescents.

6° Ils peuvent se greffer sur des maladies définies du système nerveux, de sorte qu'il devient très important de savoir ce qui dépend de la maladie organique et ce qui est dû à l'état morbide de l'idée.

7° Dans bien des circonstances, il est possible de faire le diagnostic de ces accidents.

8° Enfin, les conditions du traitement sont simples et leur application d'une efficacité merveilleuse.

Les affections que nous passons en revue étant le plus souvent consécutives à un traumatisme et surtout aux divers traumatismes occasionnés par les accidents de chemin de fer, il était naturel de penser que les médecins américains, qui ont beaucoup plus souvent que nous l'occasion d'observer cette variété de traumatisme,

devraient naturellement être poussés à en étudier la nature et le mécanisme. Le savant ouvrage de Weir Mitchell (1) auquel nous ferons de nombreux emprunts, est tout particulièrement intéressant à méditer. Il renferme de nombreux exemples de paralysies, de contractures, d'affections douloureuses variées, développées sous l'influence du traumatisme ou consécutives à une émotion ou à l'imitation.

En France, c'est surtout aux admirables leçons de M. le Professeur Charcot (2) que nous devons la connaissance de ce qu'il faut entendre par affections psychiques. Mais M. Charcot ne s'est pas borné à décrire ces affections et à montrer les rapports qu'elles affectent avec le traumatisme et les émotions, il en a recherché la nature et a étudié l'état mental de ces malades. C'est à ces savantes leçons que nous avons puisé la plupart des renseignements qui vont suivre.

Quant aux nombreux auteurs dont nous aurons à citer les observations ou les travaux, nous nous bornons à renvoyer le lecteur à l'index bibliographique que nous avons placé à la fin de notre travail.

---

(1) Weir Mitchell. — *Lectures on diseases of the nervous system especially in woman.* 2e édition, Philadelphie 1885.

(2) M. Charcot. — *Lezioni cliniche dell anno scolastico 1884. — Sulle malattie del sistema nervoso. — Redatte dal Dor D. Milliotti. — Sulle paralisi psichiche, p. 103, 110. — Milano 1885.*

M. Charcot. — Hystérie locale. — Contracture traumatique, mal. du syst. nerveux, tome 1er, appendice, p. 449. 5e édition, 1884, et tome III, 1er fascicule, p. 97, 1883.

M. Charcot. — Deux cas de monoplégie brachiale. — Paralysies psychiques. — Leçons recueillies par M. Marie et M. Guinon, *Progrès médical,* 22 Août, 12 Septembre, 26 Septembre, 3 Octobre 1885.

M. Charcot. — Coxalgie hystérique de cause traumatique. — Leçon recueillie par le Dr Marie, chef de clinique. — *Progrès médical,* 30 Janvier 1886.

I.

Nature des affections psychiques et cadre nosologique dans lequel on doit les faire rentrer.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC.

Les considérations dans lesquelles nous sommes entré plus haut indiquent suffisamment les raisons qui nous ont déterminé à commencer cette étude par la description symptomatique.

Toute notre argumentation, en effet, doit consister : 1° à démontrer l'existence et la nature des troubles moteurs et sensitifs de cause psychique ;

2° Signaler les causes occasionnelles qui leur donnent naissance, c'est-à-dire les traumatismes, les émotions, l'imitation, et rechercher le lien qui relie ces troubles de la motilité et de la sensibilité, d'une part, à ces causes occasionnelles de l'autre. (Idée fixe. — Auto-suggestion) ;

3° Etudier expérimentalement l'état mental, psychique, de nos malades, et le mécanisme cérébral suivant lequel les conditions étiologiques précédentes donnent lieu à des paralysies, des contractures et des douleurs ;

4° Nous montrerons alors l'importance considérable qui résulte de la connaissance de ces affections psychiques relativement à la médecine légale, et

5° Au traitement des troubles moteurs et sensitifs qui les caractérisent.

Il ne faut donc pas s'attendre à trouver, dans cette

étude, une analyse détaillée de toutes les variétés de paralysies, de contractures et d'affections douloureuses qui peuvent résulter du trouble mental que nous étudierons plus loin. Une telle énumération n'aurait eu que pour conséquence d'allonger inutilement ce travail sans ajouter rien aux conclusions que nous voulons développer. Nous nous bornerons à signaler les observations intéressantes qui se rapportent à notre sujet.

Dans la discussion qui va suivre, nous mettrons surtout à profit les observations publiées dans les leçons récentes de M. le Professeur Charcot. Ne pouvant reproduire ici *in extenso* ces observations, dont nous aurons du reste l'occasion, chemin faisant, de citer les passages les plus importants, nous croyons devoir donner au lecteur l'indication exacte des ouvrages dans lesquels elles ont été puisées.

A. — *Contribution à l'étude de la paralysie hystérique sans contracture, par* P. Marie, *chef de clinique, et* Souza-Leite, *externe des hôpitaux* (Revue de médecine, *mai 1885*).

1° Paris..., monoplégie gauche chez une femme de 27 ans, survenue à la suite de l'émotion causée par la présence d'un zona siégeant sur le trajet du brachial cutané interne. Guérison par suggestion.

2° Hug..., femme de 30 ans, atteinte de monoplégie brachiale droite consécutive à des troubles vaso-moteurs, guérison subite;

3° Veuve Mel....., monoplégie du membre inférieur droit consécutive à une contusion au niveau de l'articulation tibio-tarsienne;

4° Henriette A....., hémiplégie droite survenue à la

suite d'une vive frayeur (son père avec qui elle habitait, était depuis quelques mois frappé d'hémiplégie);

5° Aug....., jeune fille de 24 ans, atteinte de paraplégie sans cause connue;

6° Alphonsine Poul....., 27 ans, atteinte de monoplégie brachiale gauche consécutive à l'émotion causée par des troubles vaso-moteurs;

7° Lipsch....., 20 ans, sculpteur, atteint de paraplégie survenue à la suite de vifs reproches de la part de son père.

B. — *Leçons de M.* Charcot : *Sur deux cas de monoplégie brachiale hystérique de cause traumatique chez l'homme, recueillie par MM.* Marie, *chef de clinique, et* Guinon, *interne* (Progrès médical, *22 août 1885).*

8° Porcen..., cocher de fiacre, 25 ans, monoplégie brachiale droite consécutive à une chute sur l'épaule;

9° Pin..., âgé de 18 ans, maçon, monoplégie brachiale gauche consécutive à une chute sur l'épaule;

(Progrès médical, 1885. — *8 août. — Leçon de M.* Charcot) *à propos de six cas d'hystérie chez l'homme recueillie par M.* Guinon, *interne.*

C. — *M.* Charcot. — *Leçons sur les maladies du système nerveux, recueillies par M.* Bourneville, *tome 1er, 5e édition, 1884.*

10° Mlle X..., Contracture de la main droite consécutive à une contusion sur le dos de la main (page 451);

11° Hortense X..., contracture de la main droite, consécutive à une contusion;

D. — *M.* Charcot. — *Leçons sur les maladies du système nerveux, recueillies par M.* Féré, *tome III, 1er fascicule 1883.*

12° B..., femme de 34 ans, contracture du membre inférieur gauche, consécutive à une chute dans un escalier (page 38);

13° Jeune fille de 16 ans, contracture des doigts, consécutive à une blessure légère par éclats de verre (page 98);

14° Forgeron de 34 ans, contracture de la main gauche, consécutive à une brûlure;

15° *M.* Charcot. — *Sur un cas de coxalgie hystérique de cause traumatique chez l'homme, leçon recueillie par M. le Dr* Marie, *Chef de clinique* (Progrès médical, *30 janvier 1886*).

Ch..., 45 ans, employé au chemin de fer, coxalgie survenue à la suite d'une contusion de la hanche.

Paralysies psychiques.

Les paralysies psychiques n'atteignent que les muscles soumis à la volonté, qui reçoivent leurs nerfs de l'encéphale; aussi, peuvent-elles occuper absolument les mêmes sièges que les paralysies consécutives à des lésions organiques du cerveau. C'est ainsi qu'il n'est pas rare d'observer des hémiplégies, des monoplégies psychiques.

Le traumatisme, l'imitation peuvent, du reste, faire varier le siège de ces paralysies. C'est ainsi qu'une contusion sur l'œil peut occasionner de la paralysie des muscles de l'œil, du ptosis, par exemple, comme dans les cas de

John France (1) et de Canton (2), ou de la paralysie des muscles droits et obliques (observations de Szokalski).

On peut aussi comprendre la possibilité d'une paralysie de la langue (3) (glossoplégie) consécutive à une brûlure ou à un traumatisme.

Il est plus fréquent d'observer des paralysies des muscles du larynx de cause psychique, et, dans ce cas, le malade est aphone et ne peut parler qu'à voix basse. Il ne faut pas confondre cette aphonie par paralysie des muscles laryngiens avec le mutisme psychique. Dans ce cas, il s'agit d'un trouble cérébral, d'une lésion dynamique occupant le même siège que la lésion de l'aphasie, c'est-à-dire la troisième circonvolution frontale antérieure. C'est une aphasie à type spécial, se développant chez des sujets présentant tous les stigmates de l'hystérie et par le même mécanisme que les paralysies psychiques que nous allons plus particulièrement passer en revue (4).

Pour arriver à déterminer la nature des paralysies psychiques par l'étude symptomatique, nous avons cru, en effet, nous en tenir aux paralysies des membres, parce que ce sont celles que l'on observe le plus fréquemment, celles qui donnent lieu surtout à des erreurs de diagnostic et enfin qui présentent le tableau le plus net, le plus complet, des symptômes qui caractérisent l'état psychique.

Dans les neuf observations que nous avons relevées à ce

---

1) John France. — (*Case of ptosis, Guy hosp. reports oct. 1849*).

(2) Canton. — (*Hysterical ptosies. — Westminster, med. soc. London méd. Gaz. 1850.*

(3) Posner. — (*Volkommen glossoplegie und alalie durch electricitaet gehiselt. med. cent. Zeit. 1858.*

(4) M. Charcot. — Du mutisme hystérique. — Leçon recueillie par le Dr A. Cartaz, ancien interne des hôpitaux, *Progrès médical*, 13 Février 1886.

sujet (voir plus haut), nous trouvons : 1° Six monoplégies dont trois monoplégies brachiales gauches, deux monoplégies brachiales droites, une monoplégie de membre inférieur droit ; 2° Une hémiplégie droite ; 3° Deux paraplégies.

Ce chiffre de six monoplégies sur neuf paralysies nous montre bien la tendance à se localiser qu'offrent les paralysies, que, pour cette raison, les auteurs anglais avaient désignées sous le nom d'hystérie locale.

Dans deux cas, une chute sur l'épaule amène une monoplégie brachiale. — Dans un cas, c'est un zona sur le trajet du brachial cutané interne, et, dans les deux derniers cas, des troubles vaso-moteurs du bras. — La monoplégie du membre inférieur droit s'est développée après une contusion de l'articulation tibio-tarsienne droite. — L'hémiplégie est consécutive à une frayeur, et la paraplégie est survenue sans cause connue.

Dans toutes ces observations, un fait est à noter : c'est le début brusque de la paralysie trois ou quatre jours après l'accident.

De plus, cette paralysie soudaine ne s'accompagne jamais de perte de connaissance, de chute, comme on l'observe d'habitude dans les paralysies qui succèdent à une hémorrhagie ou à un ramollissement cérébral.

En général, c'est le matin, en s'éveillant, que le malade constate avec surprise qu'il ne peut plus remuer le bras ou la jambe.

Dans quelques cas, la localisation de la paralysie présente quelque chose de bizarre. Alors que l'épaule, le bras, l'avant-bras sont complètement immobiles, complètement flasques, les malades peuvent encore remuer les doigts. C'est ce qu'on observait chez Porcen... et, pendant les premiers mois, chez Pin...

Un fait très important à signaler, c'est que, dans

aucun de ces cas, la paralysie n'a occupé la face ni la langue. Les malades, interrogés avec soin à ce sujet, ont toujours été très affirmatifs.

Sur toutes les parties qui étaient le siège de paralysie, on notait, en même temps, de l'anesthésie. Nous insistons tout particulièrement sur les troubles de sensibilité que l'on observe dans les paralysies psychiques. C'est surtout à M. le Professeur Charcot que l'on doit la description de ces différents signes qui ont une importance considérable pour le diagnostic. Dans les observations prises antérieurement à la publication des leçons de l'éminent Professeur de la Salpétrière, ces symptômes sont, la plupart du temps, passés sous silence ou mal décrits.

L'anesthésie est donc un phénomène presque constant (1) de la paralysie et nous la voyons notée dans nos neuf observations. Lorsque la paralysie occupe tout un

---

(1) Cependant il existe un certain nombre de cas où les auteurs ont signalé bien nettement l'absence de troubles de la sensibilité. — La thèse de M. Huchard a même été conçue dans ce but. — Dans la première observation, il s'agit d'une femme de 40 ans qui, à la suite d'une dispute avec son mari, fut prise tout à coup, brusquement, d'une paraplégie, complètement flasque sans anesthésie, sans hyperesthésie; plus tard, cette femme eut des attaques d'hystérie. — La seconde observation concerne une jeune fille de 29 ans, qui à la suite de la frayeur occasionnée par une application de sangsues, fut prise de paraplégie sans anesthésie. — Enfin, dans une troisième observation, il s'agit d'une jeune fille qui, à la suite d'une émotion, fut atteinte de paraplégie sans anesthésie qui guérit subitement à la suite d'une neuvaine faite avec solennité dans l'intérienr de la communauté qu'habitait la jeune fille. (G. Sée).

Huchard. (Thèse de Paris 1881. — Paralysie hystérique sans anesthésie).

Riegel a rapporté trois cas de paraplégie sans trouble de la sensibilité. (*Zur lehre vorsdien hysterischen affectionnes der kinder. Itschr. F. Klin. méd. Berl. 1885*).

Dans l'observation de Tschirieff. (Parésie et contracture des extrémités sous l'influence de l'imagination. Méd. Wiestnik 1884), il s'agit d'un névropathe qui, à la suite de profonds chagrins, fut atteint de paraplégie et de monoplégie brachiale gauche avec intégrité de la sensibilité cutanée; mais diminution de l'acuité visuelle et rétrécissement du champ visuel.

membre, comme le membre supérieur par exemple, l'anesthésie occupe toute l'étendue de ce membre, comme on l'observait bien nettement dans l'observation de Pin... Lorsqu'au contraire un segment du membre n'est pas paralysé comme chez Porcen... qui peut encore remuer les doigts, la sensibilité est également conservée dans les doigts; et la limite entre les parties sensibles et insensibles présente un caractère important pour le diagnostic, et sur lequel insiste M. le Professeur Charcot. Tandis que sur le dos de la main, l'anesthésie descend jusqu'à un travers de doigt au-dessus des articulations métacarpo-phalangienne; sur la face palmaire, au contraire, l'anesthésie ne descend que jusqu'à un centimètre au-dessous du pli du poignet.

Il n'est pas moins intéressant de rechercher du côté de l'épaule la limite de l'anesthésie parce que, comme nous le verrons dans la suite, cette notion nous sera d'un grand secours dans le diagnostic de la monoplégie brachiale psychique d'avec celle qui est occasionnée par la névrite du plexus brachial. — Or, l'anesthésie remonte très haut sur l'épaule qu'elle englobe entièrement se prolongeant en avant jusque sur le tiers externe de la clavicule et en arrière sur le tiers externe de l'épine de l'omoplate.

Cette anesthésie est complète pour les diverses variétés de la sensibilité au contact, à la douleur et à la température. De plus, elle envahit toute la profondeur du membre, les muscles, les nerfs, les tendons, les articulations. — Aussi peut-on distendre, tordre les diverses articulations, sans réveiller aucune douleur.

Le sens musculaire est aboli. Dans l'obscurité, il est impossible au malade de trouver le membre paralysé.

Tantôt les réflexes sont abolis, tantôt ils sont exagérés.

Un symptôme qui mérite encore de fixer notre

attention, c'est l'absence d'atrophie musculaire. C'est ainsi que chez Porcen..., 4 mois après le début de la maladie, et chez Pin..., 10 mois après, les membres supérieurs ne présentaient aucune trace d'atrophie.

Du reste, les recherches à l'aide de courants galvaniques et faradiques ne font constater aucune trace de réaction de dégénérescence.

Dans certains cas, on note du côté du membre paralysé un léger abaissement de la température.

Tels sont les symptômes locaux des paralysies psychiques. Mais ce n'est pas tout.

Si, à l'exemple de M. le Professeur Charcot, on pousse l'examen de la sensibilité, non plus seulement du côté du membre paralysé, mais sur toute la surface cutanée, on découvre que ces malades sont atteints d'hémianalgésie ou même d'hémianesthésie prononcée, surtout sur le membre paralysé.

De plus, l'hémianesthésie n'occupe pas seulement la surface cutanée; elle envahit aussi les organes des sens et on observe de l'obnubilation ou de la perte de l'ouïe, du goût et de l'odorat. — Ces phénomènes ont été observés chez tous les malades. Chez Porcen... et chez Pin..., il était, en outre, possible de constater l'insensibilité du pharynx (signe de Chairou).

Enfin, du côté de la vue, on observe très souvent de la diminution de l'acuité visuelle, du rétrécissement du champ visuel double ou localisé du côté hémianesthésié, de la polyopie monoculaire (D[r] Parinaud) avec macropsie ou micropsie; enfin, de la dyschromatopsie avec ou sans transposition du cercle du rouge.

Dans certaines observations même on constata nettement l'existence de points hystérogènes. — Ainsi, chez

la veuve Mel... on note l'ovarie droite du côté de la monoplégie ; chez Hug... de l'ovarie et différents points hystérogènes, notamment entre les omoplates, dont la pression produit des attaques d'hystérie. — Enfin, et ceci mérite toute notre attention, chez le maçon Pin... qui n'avait jamais eu d'attaque d'hystérie, M. le Professeur Charcot découvrit différentes zones hystérogènes, une sous le sein gauche, une sur chacune des régions iliaques, une sur le testicule droit, et en pressant sur ce dernier, on développa la première attaque d'hystéro-épilepsie complète. Le malade présenta encore plusieurs attaques, et à la suite d'une de ces attaques, il put mouvoir son bras gauche paralysé depuis un an.

On lui ramena sa paralysie par suggestion à l'état de veille ; mais elle ne dura que 24 heures, puis la guérison fut définitive.

Les paralysies psychiques ont une marche très monotone. Le cortège symptomatique avec lequel elles s'installent à leur début, persiste pendant toute leur durée. Elles restent flasques et ne présentent jamais de raideur musculaire, et malgré leur durée quelquefois longue, on n'observe jamais d'atrophie musculaire ni de réaction de dégénérescence.

Rien dans la forme, dans l'étendue, dans les caractères d'une paralysie psychique, ne permet d'en déduire la durée probable. Elle peut disparaître en quelques jours, sans traitement, aussi brusquement qu'elle était venue. C'est ainsi que la chose s'est passée chez les deux femmes Hug... et Henriette A...

Dans d'autres cas, la guérison ne se fait pas longtemps attendre, mais elle est graduelle, les forces ne revenant que peu à peu dans le membre paralysé.

Quelquefois, c'est par suggestion pendant le sommeil hypnotique que la guérison définitive est provoquée comme chez Paris... (1re observation de MM. Marie et Souza-Leite). Ou bien encore c'est à la suite d'une attaque hystéro-épileptique provoquée par pression sur une zone hystérogène, comme cela s'est vu chez Pin... Mais il est des cas où la guérison se fait attendre plus longtemps et nécessite un traitement assidu et prolongé, comme on l'a observé notamment chez le cocher de fiacre Porcen...

Diagnostic. — Nous devons rechercher maintenant quelle est la nature de ces paralysies. Lorsqu'un individu, à la suite d'une chute, d'une contusion, reste paralysé d'un bras, d'une jambe ou de tout un côté du corps, le premier problème que l'on doit se poser et chercher à résoudre, c'est de savoir si cette paralysie n'est pas consécutive à une névrite, à une myélite ou à une lésion cérébrale résultant de la commotion provoquée par la chute.

Les névrites traumatiques ne sont pas rares, et, dans les premiers jours qui suivent l'accident, le diagnostic doit être difficile, et même réservé à cause des douleurs que l'on observe dans tous les cas. Mais les douleurs dans la névrite prennent bientôt un caractère spécial ; elles sont spontanées, et la pression sur toute l'étendue du nerf malade les exaspère. — Du reste, dans le cas de névrite, on ne tarde pas à voir apparaître des lésions trophiques très marquées du côté de la peau et du côté des muscles. Du côté de la peau, ce sont des érythèmes, des vésicules, de l'herpès, du zona, des bulles de pemphigus, un état lisse de la peau tout particulier

(Glossy-Skin). Du côté du système musculaire, une atrophie très prononcée de tous les muscles innervés par le nerf malade. La contractilité musculaire est diminuée et l'on observe la réaction de dégénérescence. Lorsque la paralysie siège au membre supérieur, M. le Professeur Charcot a appelé l'attention sur un signe important révélé par la répartition de l'anesthésie cutanée. Dans la monoplégie brachiale psychique, l'anesthésie accompagne strictement la paralysie, et si, comme chez un des malades, la motilité est conservée du côté de la main, la main reste également sensible; et dans les cas de ce genre, la ligne de séparation si nette des parties sensibles et insensibles fait rejeter bien loin l'idée d'une névrite. M. Charcot a montré en outre que dans la monoplégie brachiale consécutive à une névrite, l'anesthésie cutanée remonte moins haut que dans la monoplégie psychique, Nous avons vu, en effet, que dans ce dernier cas, l'anesthésie recouvrait complètement l'épaule et s'étendait même légèrement en avant et en arrière du côté de la poitrine; dans la névrite, au contraire, cette zone est beaucoup moins étendue puisqu'elle respecte l'épaule et une bonne partie du bras. Ainsi, à la partie antérieure et interne de ce dernier, elle se limite par une ligne qui atteint à peine sa partie moyenne; sur le côté externe, elle remonte encore moins haut. En arrière, elle dépasse à peine la région du coude, de telle sorte que la partie postérieure du bras est libre presque partout (1). Ce signe important, qui permet à lui seul de rejeter l'idée de névrite, a été démontré par M. le Professeur Charcot sur un malade atteint de névrite du plexus brachial et

(1) M. Charcot. — *Progrès médical*, 22 août 1885, page 133.

confirmé par les observations recueillies par M. le Dr Ross, de Manchester, dans un important travail publié par le « *Brain* » (1).

Les paralysies observées chez nos malades ne sont donc pas la conséquence d'une névrite.

Ne peut-on pas invoquer une myélite ? Dans les cas de paraplégie, par exemple, on pourrait penser à une myélite dorso-lombaire. Mais, dans ce cas, il y a des douleurs en ceinture ; la paralysie envahit la vessie et le rectum ; on observe des troubles trophiques du côté de la peau et des muscles ; il se produit des escharrhes au sacrum. La contractilité électrique est diminuée avec réaction de dégénérescence.

On pourrait penser à une lésion de la moelle plus localisée, ne comprenant que les cornes antérieures de la substance grise au niveau du renflement brachial (paralysie infantile, par exemple).

Dans ce cas, il y aurait de la monoplégie brachiale, mais sans anesthésie. Et pour comprendre l'anesthésie, il faudrait supposer que la lésion a atteint également les cornes postérieures. Or, M. Charcot n'a jamais rencontré ces deux lésions réunies ; et, du reste, dans ces cas, on observerait également de l'atrophie musculaire, symptôme qui a manqué chez tous nos malades. Il ne s'agit donc pas là non plus de paralysies consécutives à une myélite.

Mais la monoplégie avec hémianesthésie ne peut-elle pas être mise sur le compte d'une lésion cérébrale produite par la commotion consécutive à la chute ou au trauma-

---

(1) JAMES ROSS. — *Distribution of anesthesia in cases of disease of the branches and of the roots of the brachial plexus.* — *Brain*, april 1884, pages 70 et suivantes.

tisme ? Une hémorrhagie ayant détruit les faisceaux pyramidaux de la capsule interne dans toute son étendue, aurait pour conséquence une hémiplégie avec hémi-anesthésie cutanée et sensorielle. Mais une lésion de cette nature ne pourrait se développer sans donner naissance aux symptômes de l'apoplexie cérébrale. Puis, au bout de quelques jours, la destruction de la capsule interne aurait pour conséquence une dégénération descendante avec contracture posthémiplégique. Quant à une monoplégie brachiale occasionnée par une lésion de la capsule interne, c'est un fait presque inouï dans l'histoire des lésions de la capsule interne (M. Charcot), et, d'ailleurs, elle ne pourrait occuper que la partie antérieure de la capsule interne et ne s'accompagnerait pas, par conséquent, d'anesthésie (1).

Resterait l'hypothèse d'une lésion corticale. Mais, dans ce cas, on observe presque toujours, en même temps, une paralysie du facial inférieur et de la langue. Or, nous avons vu que, chez nos malades, on n'observait jamais de paralysie de la face.

De plus, une lésion corticale assez étendue pour donner naissance à une monoplégie complète et surtout à une hémiplégie, donnerait nécessairement naissance à une dégénérescence secondaire descendante cérébro-spinale.

Enfin, dans les monoplégies brachiale (Ballet) ou crurale (Ferrier *Brain*, avril 1883) d'origine corticale, on

---

(1) Voir un cas de monoplégie brachiale par lésion de la capsule interne, publié par MM. Bennet et Campbel, dans le journal *le Brain*, avril 1885, p. 78. — Voir aussi l'observation de M. Jeoffroy (*Progrès médical*, 1885, 5 décembre, p. 477). Il s'agit d'un enfant de 16 mois, qui présentait une monoplégie brachiale gauche sans anesthésie. A l'autopsie, on trouva un tubercule du volume d'un petit pois, coupant la partie postérieure de la capsule interne à peu près au niveau de l'union du tiers antérieur avec le tiers moyen.

n'observe pas d'abolition de la sensibilité cutanée ni du sens musculaire.

Cependant, dans ces derniers temps, M. Starr a réuni un certain nombre de faits de lésions des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, avec paralysie du mouvement et de la sensibilité. Aussi, admet-il que les aires sensitives correspondent aux aires motrices, avec cette restriction, cependant, que les aires sensitives dépassent un peu ces limites et comprennent, au moins en partie, dans leur domaine, les lobes pariétaux (1).

Ainsi donc, les paralysies observées chez nos malades ne peuvent être rapportées ni à des névrites, ni à de la myélite, ni à des lésions cérébrales. Ce sont des paralysies qui présentent absolument les mêmes symptômes que les paralysies hystériques. Nous y trouvons, en effet, le début brusque, une hémi-anesthésie généralisée cutanée et sensorielle, de l'anesthésie du pharynx, de la polyopie monoculaire des hystériques, du rétrécissement du champ visuel pour la lumière et pour les couleurs, des zones hystérogènes, et enfin l'absence de toute participation de la face à la paralysie. Or, tous ces symptômes sont ceux que l'on trouve dans l'hystérie confirmée. Les paralysies psychiques forment donc une variété des paralysies hystériques.

Il existe encore un groupe de paralysies avec anesthésie que l'on ne confondra pas avec les paralysies psychiques. Nous voulons parler des paralysies toxiques alcoolique et saturnine. Dans ces cas, les antécédents des malades, les signes d'alcoolisme ou de saturnisme qu'on relèvera dans

(1) Allen Starr. — *Cortical lesions of the brain* (*Americ. journ. of the med. sc.* p. 114, juill. 1884). Analysé dans la *Revue de Hayem*, 15 avril 1885.

les observations, mettront facilement sur la voie. Cependant, il faut tenir compte des cas où une paralysie psychique peut se développer après un traumatisme chez un alcoolique ou chez un saturnin. Il est même à supposer qu'un certain nombre d'observations rapportées comme dépendant de l'alcoolisme ou du saturnisme relevaient directement d'un état psychique.

M. Debove, dans un mémoire communiqué à la *Société des hôpitaux*, le 27 novembre 1885, a donné l'histoire d'un malade chez lequel une erreur de ce genre a probablement été commise. « Il s'agit d'un homme qui, quatre ans auparavant, fut frappé d'une paralysie affectant le membre supérieur droit, intéressant la motilité et la sensibilité de ce membre, ainsi que la sensibilité de la partie avoisinante du tronc et de la moitié correspondante de la face. Le membre inférieur droit était à peu près indemne. A l'hôpital Saint-Louis, on diagnostiqua une paralysie syphilitique (chancre induré dix-huit ans auparavant) et on institua un traitement avec l'iodure de potassium à haute dose; au bout de deux mois, la guérison était complète, le malade put sortir de l'hôpital; mais on lui recommanda bien de continuer son traitement, ce qu'il fit pendant six semaines environ.

Il paraît bien évident aujourd'hui qu'il ne s'agissait pas d'accidents spécifiques, mais d'accidents hystériques, et nous en avons eu la preuve à notre hôpital (en 1884), car un matin nous trouvâmes le malade paralysé d'un bras, avec des accidents analogues à ceux observés à l'hôpital Saint-Louis, et aussitôt, par simple suggestion, nous obtînmes sa guérison. »

Contractures psychiques.

L'étude symptomatique des contractures psychiques va nous conduire à la même conclusion que celle des paralysies. Mais, pas plus ici que dans le chapitre précédent, nous ne décrirons complètement les diverses variétés de contractures que l'on peut observer dans l'état psychique. Nous nous contenterons de passer en revue ces diverses variétés et nous n'insisterons tout particulièrement que sur celles qui atteignent les membres et qui sont les plus communes.

L'historique de cette question ne nous arrêtera pas. M. Strauss, dans sa thèse d'agrégation sur les contractures, en 1875, a cité les auteurs auxquels on peut se reporter pour trouver des exemples et des descriptions de l'affection qui nous occupe. Mais c'est surtout à l'enseignement de M. le Professeur Charcot que l'on doit la connaissance des particularités qui distinguent les contractures psychiques. La monographie de MM. Bourneville et Voulet, sur les contractures hystériques permanentes (1872), est remplie d'exemples curieux de contractures qui formaient un des symptômes les plus importants des épidémies de démonopathie du moyen-âge.

Parmi les variétés rares de contractures qui peuvent se développer sous une influence psychique, nous citerons le trismus, qui est un exemple curieux de contracture limitée à un seul muscle, puis le torticolis hystérique ; la contracture des muscles d'un côté de la face, qui peut être confondue avec l'hémiplégie faciale quand on ne recherche pas de près la cause de la déviation de la face ; la contracture de la langue qui, tantôt, est portée hors de la

bouche, tantôt, au contraire, est fixée énergiquement contre la face interne de la mâchoire inférieure ; la contracture du pharynx et de l'œsophage qui, gênant le passage de la sonde, peut devenir une cause grave d'inanition ; la contracture des paupières, comme dans l'observation de Lasègue, que nous aurons l'occasion de signaler plus loin ; le spasme du larynx dont nous avons observé un cas chez une femme hystérique et aphone. Chez cette femme, la contracture survint à la suite d'un examen laryngoscopique, et fut telle, qu'elle nécessita la trachéotomie. Mais à peine le bistouri avait pénétré dans la trachée, que la malade se mit à crier. La contracture avait cessé.

Les variétés les plus communes de contractures sont celles qui se localisent aux membres supérieurs ou inférieurs et surtout à l'extrémité des membres.

Lorsque la contracture occupe le pied, elle se présente généralement sous forme de pied bot varus équin qui se présente sous l'aspect suivant : « Le talon est fortement relevé, par suite de la tension du tendon d'Achille, qui est énergiquement contracturé, d'où la forme équine donnée au pied ; en même temps, le pied bot est fortement varus, par suite du renversement en dehors de la face dorsale, qui rend la malléole correspondante très proéminente, tandis que la face plantaire, devenue très concave, regarde en dedans et en haut, effaçant la malléole interne. Il résulte de ces diverses contractures auxquelles il faut ajouter celle des orteils, qui sont, soit tous, soit presque tous, très fortement fléchis, alors que le gros orteil, au contraire, est le plus souvent dans l'extension, que le pied arrive à constituer une sorte de griffe hideuse, qui faisait dire au moyen-âge que ces malades prenaient la forme du diable, dont on les croyait

possédés. Le pied ne repose plus alors que sur son bord externe, ce qui rend, même avec une contracture limitée, la marche très difficile, souvent même impossible sans béquilles. La progression, même avec des béquilles, devient très difficile lorsque le pied bot est surajouté à la contracture du reste du membre, parce que, dans ce cas, le pied frotte sur le parquet et vient croiser le membre sain.

Il faut ajouter à tous ces obstacles physiques à la progression : que la sensibilité examinée dans ses différents modes est toujours obtuse, souvent abolie ; que le membre contracturé a une température moins élevée... » (Bernuitz, article hystérie, *Nouveau dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques*, tome XVIII, page 262).

Des observations de pied bot varus équin par contracture ont été rapportées par Laycock, Little, Skey, M. Boddaert, etc...

Nous ne décrirons avec détails que la contracture des membres supérieurs et inférieurs de cause psychique, et nous allons voir que l'étude attentive des symptômes nous amènera aussi à conclure que ces contractures rentrent dans la catégorie des contractures hystériques.

La femme B..., à la suite d'une chute dans un escalier, fut prise d'une rigidité dans toutes les jointures du membre inférieur gauche (hanche, genou, cou-de-pied, avec le pied dans la flexion plantaire, sous forme de pied bot varus direct).

Dans les observations de Mlle X..., d'Hortense X..., de la jeune fille de 16 ans et du forgeron, nous avons des exemples de contractures des doigts et de la main consécutives à des traumatismes ayant porté sur la main.

Dans tous ces cas, le début fut brusque et suivit de près le traumatisme.

Nous avons vu que les paralysies s'accompagnaient toujours d'anesthésie. Il n'en est plus aussi généralement de même dans la contracture. C'est ainsi que Mlle X... éprouva des douleurs dans la main, au début de la contracture ; et Hortense X... éprouva, pendant les quatre mois que dura sa contracture, dans toute l'étendue du bras, de l'avant-bras et de la main, une douleur permanente qui s'exaspère de temps à autre spontanément. « La douleur s'exaspère toujours et devient atroce lorsque la malade essaye d'exécuter un mouvement et aussi lorsqu'on vient à exercer la plus légère pression sur un point quelconque du membre. Elle est surtout vive lorsque la pression a lieu sur la face antérieure de l'avant-bras, particulièrement sur le trajet du nerf médian. Si l'on insiste, il s'en suit une sorte de crise nerveuse qui, plusieurs fois, a amené une perte de connaissance. Il n'y a ni rougeur, ni tuméfaction des parties douloureuses. » On peut donc observer, en même temps que la contracture, de l'hyperesthésie profonde, siégeant sur le trajet d'un nerf.

Cette hyperesthésie peut disparaître et faire place à de l'anesthésie alors que la contracture persiste.

Lorsque la contracture occupe tout un membre inférieur, comme chez B...., le membre est généralement dans l'extension par prédominance d'action des extenseurs, bien que la contracture porte sur tous les muscles fléchisseurs et extenseurs. Le pied est dans la flexion plantaire par suite de l'action prédominante des jumeaux. Le membre tout entier est étendu comme une barre rigide, le pied en varus direct. De plus, ce membre est en adduction et par le fait d'un mouvement de torsion de l'articulation de la hanche, la rotule et la pointe du pied regardent presque directement en dedans.

Lorsque la contracture occupe la main, c'est dans le sens de la flexion que se fait la déformation, qui peut être plus ou moins étendue et par conséquent présenter plusieurs variétés.

Chez le forgeron, elle était complète; la main était fortement fléchie sur l'avant-bras, les quatre doigts sont fléchis avec une telle force que les ongles s'impriment dans la paume de la main; les doigts sont serrés les uns contre les autres en adduction et le pouce est fortement appliqué contre la face externe de la deuxième phalange de l'index. « L'analyse la plus simple montre que pour déterminer cette attitude, c'est le nerf médian qui est surtout en jeu, il anime, en effet, les fléchisseurs du poignet et les fléchisseurs superficiel et profond. Mais le cubital est aussi en action : l'adduction des doigts montre l'intervention des interosseux. Ajoutons que les extenseurs sont aussi en jeu, comme dans toute contracture spasmodique. »

Dans d'autres circonstances, comme chez la jeune fille de 16 ans qui eut une contracture de la main gauche à la suite d'une plaie légère occasionnée par un éclat de verre, la déformation est moins prononcée; la main, suivant l'expression de M. le Professeur Charcot, représente une véritable main-bot: Le poignet est libre, les premières phalanges sont fléchies sur le métacarpe, les autres phalanges présentent aussi un léger degré de flexion, mais moins prononcé. Les doigts, serrés les uns contre les autres, forment une sorte de cône, dont le sommet répond à l'extrémité des dernières phalanges. Le pouce, dans l'adduction, est fortement appliqué contre l'indicateur.

C'est surtout l'influence des interosseux qui prédomine

ici (flexion des premières phalanges et adduction des doigts). Mais la contracture porte aussi légèrement sur les fléchisseurs profond et superficiel des doigts (légère flexion des 2e et 3e phalanges). Or, c'est le cubital qui innerve les interosseux, et le médian les fléchisseurs. Nous retrouvons, du reste, cette action du cubital et du médian dans la déformation du pouce. Il est dans l'adduction (cubital) mais en même temps en opposition (opposant innervé par le médian); en effet, l'ongle est dirigé en avant et non directement en dehors comme dans l'adduction simple.

Quant à la contracture, elle porte sur les extenseurs comme sur les fléchisseurs, car il est aussi difficile d'exagérer la flexion que de produire l'extension. Seulement, ce sont les fléchisseurs qui prédominent et déterminent le sens de la déviation.

La contracture psychique est un véritable type de contracture permanente. On la retrouve à chaque instant du jour et même pendant le sommeil, fait noté dans plusieurs des observations de M. Charcot et contraire à l'assertion de Brodie, qui signale la disparition de la contracture pendant le sommeil (p. 39).

Enfin, nous retrouvons chez tous ces malades atteints de contractures, les troubles de la sensibilité que nous avons signalés dans la paralysie psychique.

1° De l'anestésie cutanée et profonde. Cette anestésie, chez Mlle X., était nettement limitée au niveau de la contracture. Elle occupait la main et remontait jusqu'à la limite supérieure de la moitié inférieure de l'avant-bras, aussi bien en avant qu'en arrière. Dans les autres cas, elle se présentait sous forme d'hémianalgésie ou d'hémianestésie complète.

2° De l'obnubilation ou de la disparition des sens, de l'ouïe, de la vue, du goût du même côté.

3° Des troubles de la vue, caractérisés par du rétrécissement du champ visuel pour la lumière et pour les couleurs, avec ou sans transposition du cercle du rouge à l'extérieur.

4° Enfin, de l'ovarie.

La contracture permanente psychique présente, dans sa marche, les mêmes particularités que la paralysie. Elle peut guérir subitement et disparaître comme elle est venue. C'est ce qu'on observa chez Mlle X..., après quelques mois de maladie.

Chez Hortense X..., la contracture disparut aussi brusquement au bout de quatre mois, mais pour se changer en hémiplégie droite avec hémianesthésie commune et sensorielle.

Dans les observations de la femme B... et de la jeune fille de 16 ans, c'est grâce à l'application de l'aimant que M. le Professeur Charcot parvint à guérir la contracture, et chez le forgeron, il fallut avoir recours à l'élongation du nerf.

Le début brusque de ces contractures, les troubles de la sensibilité qui les accompagnent, permettent aisément de faire le diagnostic avec les contractures consécutives à une lésion primitive ou secondaire des cordons latéraux. Cependant, il ne faut pas perdre de vue que d'après M. le Professeur Charcot on peut penser que dans certains cas prolongés la maladie peut se compliquer d'une véritable lésion des cordons latéraux et devenir alors complètement incurable.

Nous n'insistons pas plus sur le diagnostic. Ici encore les troubles de la sensibilité observés chez les malades

nous autorisent à faire rentrer ces contractures dans la classe des contractures hystériques.

Affections douloureuses.

L'hyperesthésie peut occasionner des affections aussi variées que bizarres. On comprend la raison de ce fait. Tous les nerfs sensitifs peuvent être atteints et donner lieu, soit à des hyperesthésies cutanées, musculaires, soit à des névralgies ou même à des arthralgies par hyperesthésie des nerfs articulaires. Nous ne pouvons décrire toutes ces affections en détail ; cela nous entraînerait trop loin et, du reste, nous manquons de renseignements exacts sur la symptomatologie complète de toutes ces variétés de douleurs.

Cependant, nous croyons devoir donner quelques exemples d'affections douloureuses psychiques qui feront bien saisir toutes les variétés que l'on peut observer à ce sujet.

L'observation de Russel Reynolds, que nous reproduisons plus loin comme exemple de l'influence d'une idée de douleur sur le développement de la douleur, est un type frappant de l'état grave dans lequel une hyperesthésie cutanée psychique peut mettre un enfant prédisposé.

Brodie, dans ses remarquables leçons sur les affections nerveuses locales, reproduit plusieurs observations curieuses d'hyperesthésies. Je ne citerai que celle-ci : « Une jeune fille de 12 ans se piqua l'index de la main gauche avec la pointe d'une paire de ciseaux. Il s'ensuivit immédiatement de la douleur sur le trajet du nerf médian, et le lendemain, l'avant-bras était fléchi à angle droit sur le bras. Au bout de quelques jours, tous les muscles de la

main et de l'avant-bras, étaient le siège de mouvements spasmodiques violents, qui donnaient lieu à des convulsions étranges de la main et de l'avant-bras. Il s'y adjoignit des nausées et des vomissements, et pendant deux jours, l'estomac rejetait immédiatement tout ce qu'on y introduisait. Petit à petit, les autres membres furent atteints à leur tour, et il devint impossible à la malade de marcher, ou même de se tenir debout. Quelquefois, le diaphragme même était pris et la suffocation devenait imminente; ou bien la mâchoire inférieure était relevée par la contraction du masséter; il y avait aussi parfois de l'opisthotonos. Parfois, on constatait une violente douleur dans la tête, laquelle douleur, au dire de la malade, présentait les mêmes caractères que celle de la piqûre du doigt. Ces symptômes persistèrent ainsi, en se succédant tantôt d'une façon, tantôt d'une autre, jusqu'à ce que la guérison eut lieu.... »

Weir Mitchell raconte l'histoire d'une dame qui présentait un cas remarquable de névralgie faciale de cause psychique. Il s'agit d'une dame nerveuse et craintive, à laquelle il donnait des soins depuis longtemps. Pendant qu'elle gardait le lit, un domestique imprudent lui raconta la douleur horrible qu'on éprouvait dans la névralgie faciale. Un jour ou deux après, la malade commença à éprouver de la douleur dans la même région. Du reste, il suffisait de lui parler de la douleur éprouvée par une autre personne pour qu'elle en fut incommodée. Sa névralgie disparut le jour où elle détourna son attention de sa maladie.

Enfin, dans certaines circonstances, les douleurs sont tellement variées que l'on croirait facilement avoir affaire à un cas de méningite cérébro-spinale. L'observation suivante de Weir Mitchell en est un exemple.

« Un enfant, très intelligent en classe, tombe sur le dos et se plaint d'une douleur intense dans la région dorsale et à la tête (rachialgie et céphalalgie). Il fut tenu chez lui et soigné avec beaucoup de soins. Les pupilles se dilatèrent et les douleurs allaient en augmentant. Pas de fièvre; pas de perte d'appétit. Quinze jours après, la douleur envahit tout le corps. Les muscles de la nuque furent pris et il survint des nausées et des vomissements. Rien ne pouvait faire lever cet enfant, et il ressemblait à un malade atteint de méningite cérébro-spinale : douleurs généralisées, céphalalgie, contracture douloureuse des muscles de la nuque. Tout effort pour fléchir la tête provoquait des pleurs et de vives douleurs. Hyperesthésie du cuir chevelu. La guérison fut rapidement obtenue par un traitement psychique. »

Beau a signalé trois exemples de dermalgie généralisée chez des malheureuses qui ne pouvaient se servir ni de leurs mains, ni de leurs pieds, et étaient forcées de conserver l'immobilité la plus complète, parce que le frottement de leur linge était une souffrance pour elles. Cette hyperesthésie peut n'occuper qu'une moitié du corps; elle peut être encore plus limitée, soit aux grandes lèvres, à la vulve ou bien à la peau de la mamelle. (Irritable mamelle d'Astley Cooper).

Lorsque l'hyperesthésie siége à la muqueuse de l'estomac, elle donne lieu à des gastralgies, des épigastralgies et des vomissements incoercibles si bien étudiés par M. le Professeur Bouchard. *(Mouvement médical*, juillet et août 1873).

Dans certains cas, ce sont des névralgies intercostales, de l'odontalgie (signalée par Sydenham, Pomme, J.-P. Franck) qui cause l'avulsion de dents que l'on devrait

respecter, de la céphalalgie généralisée ou sous forme d'hémicrânie ou de clou hystérique.

Enfin, dans certains cas, c'est une variété de douleur ovarienne caractérisée par une douleur vive, très vive même. « Les malades, dit M. le Professeur Charcot, ne peuvent supporter le moindre attouchement, le poids des couvertures, etc.; elles s'éloignent brusquement, par un mouvement instinctif, du doigt investigateur. Joignez à cela un certain degré de gonflement de l'abdomen, et vous aurez l'ensemble clinique de la *fausse péritonite*, *spurious peritonitis* des auteurs anglais. Il est évident qu'ici les muscles et la peau elle-même sont de la partie. La douleur alors occupe une assez grande étendue en surface, et partant il est assez difficile de la localiser... (1) »

Enfin, nous signalerons les arthralgies qui peuvent occuper le genou, les épaules, mais dont le siège le plus fréquent est certainement l'articulation coxo-fémorale.

Pour chercher à étudier la nature des affections douloureuses psychiques, selon la méthode de M. le Professeur Charcot que nous avons suivie jusqu'ici, nous ne pourrons pas mettre à profit les observations anciennes. Nous utiliserons surtout l'observation de coxalgie traumatique publiée dans les récentes leçons du savant Professeur de la Salpétrière, et qui constitue un véritable modèle d'observation clinique. Mais, auparavant, nous croyons qu'il ne sera pas superflu de rapporter quelques exemples de véritables coxalgies psychiques, ne serait-ce que pour faire voir l'insuffisance de renseignements qu'elles fournissent pour la démonstration que nous poursuivons.

---

(1) J.-M. Charcot. — *Maladies du système nerveux*, tome 1er, page 324.

OBSERVATION DE ROBERT.

(Conférences de clinique chirurgicale reproduites par le Dr DOUMIC, 1859).

Élisa I..., corsetière, 18 ans : blonde, pâle, mal réglée, tempérament lymphatico-nerveux.

Fièvre typhoïde en 1856, qui dura deux mois et à la suite de laquelle il survint une douleur de la hanche gauche, rendant la marche impossible et s'exaspérant au moindre mouvement imprimé au membre.

La malade passe dans le service de Ph. Boyer, qui diagnostique une coxalgie franche et prescrit le repos absolu. M. Verneuil, qui vit la malade après la mort de Ph. Boyer, exprima quelques doutes sur la véritable nature de l'affection.

Robert prend le service le 1er juin 1858, et constate les signes suivants : malade couchée sur le dos, jambe fortement étendue, impossibilité de faire le moindre mouvement, pied dans la rotation au dedans. Les mouvements communiqués à la cuisse sont excessivement douloureux et font pousser des cris perçants à la malade.

Après l'anesthésie par le chloroforme, tous les accidents disparaissent. Éveillée, la malade se plaint beaucoup plus d'un simple pincement de la peau de la région que si l'on pousse fortement le fémur de bas en haut, contre la cavité cotyloïde.

M. Robert diagnostique une coxalgie hystérique, et prescrit les ferrugineux, le quinquina, les douches. Il exige que la malade, au lieu de rester couchée toute la journée, comme elle le fait depuis dix-huit mois, se lève et marche dans les salles en s'aidant de deux béquilles. Amélioration.

Le 20 juin, à la suite d'une attaque de nerf, l'amélioration s'accentue. Enfin, après le même traitement suivi sans interruption, elle finit par marcher facilement sans boîter. Elle quitte l'hôpital le 7 octobre.

M. Yossé relate, chez un jeune garçon de 15 ans, un cas de coxalgie consécutive à une chute sur la hanche. La guérison arriva subitement deux mois après l'accident,

au moment où le malade essayait, sur le conseil de son médecin, de faire un peu de gymnastique. Malheureusement, le jeune homme ayant fait une chute trois jours après, la contracture reparut dans la même articulation. Le sixième jour, il était aphasique. La sensibilité n'a pas été bien examinée, et l'observation n'est pas terminée, mais l'hystérie est bien générale aussi dans ce cas.

M. Newton Jhaffer a observé un garçon de 12 ans, très studieux, aux goûts efféminés, qui fut atteint d'une arthrite hystérique à la suite d'une chute sur le genou. Il existait concurremment une atrophie musculaire de la cuisse et de la jambe, qui aurait pu dérouter le chirurgien sur la nature de l'affection, si la guérison n'avait eu lieu spontanément.

M. Dessau *(Histeria in boys, with the report of a case. Am. j. obst. New-York, 1880)*, cite chez un jeune garçon de 13 ans une contracture du genou, accompagnée de perte de la parole et de toux aboyante, sans autre cause connue qu'une anémie profonde.

OBSERVATION DE LASÈGUE (résumée).

Mlle X..., créole, 12 ans, réglée depuis l'âge de 9 ans, brune, bien conformée.

En descendant l'escalier de sa maison, elle fait un faux pas et ressent comme un tiraillement dans la hanche.

Quoiqu'il en soit, elle ne jugea pas nécessaire de se reposer et fit une assez longue course à pied sans se plaindre. Le soir, souffrance plus vive, et au bout *de deux ou trois jours, incapacité complète de mouvoir la cuisse gauche.* La cuisse reste dans un état de contracture avec flexion sur le tronc, rétraction du genou, impossibilité d'allonger le membre ni le jour ni la nuit pendant le sommeil.

Un chirurgien éminent appelé crut à l'existence d'une coxalgie, et il faut convenir que l'examen local paraissait justifier ce diagnostic. On ordonna l'immobilisation du membre. *L'enfant guérit subitement après trois mois de maladie.*

Un an après, il survint tout à coup une attaque d'hystérie.

Six mois après, nouvelle douleur dans l'articulation coxo-fémorale gauche, guérison quatre mois après.

OBSERVATION DE M. TERRILLON.

Contusion de la hanche ayant produit des symptômes de coxalgie, (Thèse de GRENIER, 1884).

Jeune femme de la campagne, vigoureuse, entrée à la Charité, salle Ste-Catherine, dans le service de M. Gosselin, suppléé par M. Terrillon.

Cette femme est tombée de sa hauteur sur la hanche droite, de telle façon que la jambe et la cuisse se sont trouvées tordues au dessous d'elle. A son entrée, la douleur était si intense, qu'on crut à une fracture ou à une entorse de la hanche. Le membre inférieur droit est en flexion, abduction et rotation en dehors. Allongement apparent considérable, abaissement de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Douleur vive au niveau du pli de l'aine. On laisse la malade au repos. Les jours suivants, mêmes signes avec douleurs intenses. Mais le cinquième jour, on trouve une attitude tout opposée: raccourcissement apparent, rotation en dedans, adduction, élévation de l'épine iliaque par contraction du carré des lombes du côté opposé.

On songe à une simple contracture nerveuse par douleur due à la chute et on chloroforme la malade. A mesure qu'elle s'endormait, la jambe se redressait, l'inclinaison du bassin disparaissait ainsi que la rotation et l'adduction. Il y avait donc contraction pure et simple. La résolution étant absolument complète, les mouvements devenaient très faciles.

Mais à mesure que la malade se réveillait, on voyait la jambe se remettre en rotation interne, la hanche se relever, l'adduction se reproduire.

Au dixième jour, ces phénomènes avaient en grande partie disparu, les épines iliaques étaient horizontales.

M. Terrillon porta le diagnostic : inflammation légère de la hanche probablement chez une hystérique, et, dans sa clinique, il fit remarquer que sur vingt traumatismes de la hanche on en trouverait à peine un qui s'accompagnerait de contractures semblables.

Dans l'observation de M. le Professeur Charcot (1), il s'agit d'un homme de 45 ans, qui, à la suite d'un violent accident, ressentit une douleur vive et de l'engourdissement dans le membre inférieur gauche. L'accident date de deux ans, et voici les symptômes que l'on observe actuellement.

1° Quand le malade est couché, il existe un raccourcissement considérable du membre inférieur gauche. La jointure est immobile, la cuisse comme soudée au bassin dans une position à peu près immuable. Le malade accuse une douleur spontanée au niveau de l'aine, de la hanche et du genou.

Cette douleur s'exagère quand on exerce une pression sur ces régions, quand on imprime des mouvements au membre, quand on percute le grand trochanter ou le talon. Le membre gauche tout entier est un peu moins volumineux que le membre droit.

2° Quand le malade est debout, on remarque qu'il se tient penché sur le côté sain, tenant sa canne de la main droite, le pied gauche ne reposant pas sur le sol ou n'y reposant que très légèrement par la pointe. La jambe

---

(1) M. Charcot. — Sur un cas de coxalgie hystérique de cause traumatique chez l'homme. — Leçon recueillie par M. Marie, chef de clinique, *Progrès médical*, 30 janvier 1886.

gauche est en extension et portée un peu en avant de la droite.

La fesse droite est globuleuse et présente la fossette rétro-trochantérienne résultant de la contraction du grand fessier. La gauche, au contraire, paraît plus large, aplatie, flasque.

Le pli fessier est plus large à gauche qu'à droite. Il est double à droite; unique à gauche.

Le pli interfessier est incliné de bas en haut, de gauche à droite, du côté malade vers le côté sain. Enfin, il existe une courbure du rachis à concavité tournée vers la gauche (ces diverses déformations tiennent à la position anormale dans laquelle est maintenu le bassin).

Enfin, la claudication est tout à fait celle des malades atteints de coxalgie organique de date ancienne.

Mais ce malade présente des symptômes importants sur lesquels il est maintenant nécessaire d'insister.

1° L'état général est excellent. L'appétit est conservé. Il n'y a pas d'anémie. Jamais le malade n'a eu de fièvre.

2° La rigidité du membre n'occupe pas seulement la hanche, mais aussi le genou et le cou de pied. De plus, le membre est refroidi et violacé surtout au niveau du genou et de la jambe.

3° La douleur n'existe pas seulement au niveau de la hanche; elle remonte en haut presque jusque sous le sein gauche et en arrière sur la fesse. De plus, en soulevant la peau, on produit une douleur considérable. M. le Professeur Charcot insiste sur cette hyperesthésie de la peau, signalée, pour la première fois, par Brodie, et qu'il propose de désigner sous le nom de *signe de Brodie*, à cause de son importance diagnostique.

4° En excitant la peau de la hanche et du genou, en

pressant sur le grand trochanter, on peut provoquer chez ce malade les phénomènes d'aura qui précèdent ordinairement l'attaque d'hystérie (constriction épigastrique, puis battements de cœur, serrement de la gorge, enfin sifflements dans l'oreille du côté gauche, et battements à la tempe du même côté).

5° Enfin, on a découvert l'hémianesthésie gauche en dehors des points (hanche, genou) hyperesthésiés. De plus, le sens musculaire avait disparu pour les mouvements des pieds, des mains, des poignets, des épaules. Il y a obnubilation des sens du goût, de l'odorat, de l'ouïe, rétrécissement du champ visuel gauche et enfin anesthésie du pharynx.

Nous pourrions répéter, à propos de la marche et de la durée de ces affections douloureuses, ce que nous avons dit à propos des paralysies et des contractures. Elles peuvent guérir vîte et facilement; elles peuvent se prolonger très longtemps comme chez notre homme où elle dure depuis près de trois ans. Elles peuvent même, dans certains cas, acquérir une gravité considérable par le fait même d'un traitement mal dirigé, comme nous le verrons chez ce jeune malade de Weir Mitchell, dont nous reproduisons l'observation plus bas. Enfin, l'intensité de la douleur peut même, dans certains cas, provoquer l'amputation du membre. « Oui, dit M. le Professeur Charcot, bien que cela puisse vous surprendre dans une affection que j'annonce aussi bénigne, il existe un certain nombre d'autopsies, mais ce sont le plus ordinairement des autopsies faites sur le vif, de véritables biopsies. C'est qu'en effet, par suite d'une singulière tournure d'esprit, les malades atteints de cette affection réclament parfois à grands cris une intervention active;

aussi comprendrez-vous aisément que lorsque ces malades atteints de *mania operativa passiva*, comme l'a dit Textor, se sont, pour leur malheur, trouvés en présence de chirurgiens affectés d'une manie analogue, mais active cette fois, *mania operativa activa* (de Stromeyer), les opérations les plus fantastiques soient résultées de cet imprudent conflit. Des amputations ont été pratiquées; Brodie en cite plusieurs exemples, Coulson (1) également; celui rapporté par ce dernier auteur est particulièrement intéressant: il s'agissait d'une jeune fille souffrant depuis trois ans d'une affection du genou; la jambe restait fléchie sur la cuisse, les douleurs étaient insupportables; quelques chirurgiens s'étaient refusés à toute intervention; enfin, il s'en trouva un qui consentit à opérer; l'amputation fut faite, et l'examen du genou montra une articulation normale, avec une synoviale parfaitement saine, présentant la délicatesse et la transparence de l'état physiologique; les os étaient seulement légers, peu résistants à la scie, les cartilages un peu amincis, ainsi que cela se voit communément sur les membres qui sont restés longtemps immobilisés. »

La variété si grande d'affections douloureuses qui peuvent se développer sous l'influence d'une cause psychique semble défier tout essai de diagnostic. Nous avons vu les différents auteurs qui ont poursuivi l'étude de ces affections si intéressantes, signaler surtout les irrégularités du tableau symptomatique dans tous les cas que l'on aurait pu vouloir rattacher à une lésion organique des centres nerveux. Dans un cas, c'est l'absence de

---

(1) W. Coulson. — Hysterical affections of the joint. *London journal of medecine*, t. III, 1851, p. 631.

fièvre, la régularité du pouls, qui frappent l'observateur; dans un autre cas, c'est la conservation de la santé générale, de l'embonpoint et de l'appétit; ou bien, c'est la possibilité de provoquer des mouvements dans un membre douloureux en détournant l'attention du malade, etc., etc. Il serait fastidieux et peu intéressant d'entrer ici dans l'énumération des signes qui, dans chacun des cas, ont permis d'affirmer la nature psychique de la maladie. Mais il est tout un groupe de symptômes que, dorénavant, il faudra toujours rechercher chez les malades que l'on soupçonnera être atteints d'une affection nerveuse *sine materiâ*, parce que l'existence de ces symptômes changerait la probabilité en certitude et permettrait d'appliquer, dès le début, un traitement psychique; je veux parler de l'hémianesthésie cutanée et sensorielle, des différents troubles de la vue, que j'ai signalés plus haut, de l'anesthésie du pharynx, de la présence de zones hystérogènes, etc.

Nous avons vu que dans tous les cas de paralysies, de contracture, de coxalgie de cause psychique que M. le Professeur Charcot a observés, il a trouvé, en les cherchant, tous ces symptômes au grand complet, ou, du moins, les plus importants d'entre eux, ce qui permettait d'affirmer la nature hystérique de la maladie.

Trouvera-t-on, dans tous les cas de coxalgie traumatique sans lésion articulaire, cet ensemble de symptômes qui permet d'affirmer la nature hystérique de la coxalgie? Ou bien n'était-ce qu'une coïncidence chez le malade du Professeur Charcot? Il est clair qu'il faut attendre, pour répondre à cette question, que les observateurs, jusqu'à présent muets à ce sujet, dirigent leurs recherches dans la voie si bien marquée par M. le Professeur Charcot. Il ne faut pas perdre de vue, en effet, que les symptômes de

l'hystérie confirmée ne s'imposent pas; le malade ne les soupçonne même pas. Il faut les rechercher avec soin pour les trouver.

Quoiqu'il en soit, et malgré le silence des auteurs à ce sujet, nous avons de grandes raisons de croire que l'hémianesthésie hystérique, si bien mise en relief par M. le Professeur Charcot, chez son malade atteint de coxalgie, n'est pas un fait isolé, et que dorénavant on la trouvera chez tous les malades offrant cette variété d'arthralgie ; et ces raisons reposent sur l'existence constante du même symptôme chez les autres psychiques observés par M. le Professeur Charcot et atteints de paralysies ou de contractures.

Indépendamment de l'hémianesthésie, la coxalgie traumatique psychique présente, dans son expression symptomatique, quelques irrégularités qui permettent de soupçonner sa nature.

D'abord, c'est le début brusque des douleurs et de la déformation qui présentent de suite toute l'intensité qu'ils conserveront pendant toute la maladie.

Puis, ainsi que l'a signalé M. Charcot, c'est l'étendue de la rigidité qui n'occupe pas seulement la hanche, mais encore le genou et le cou-de-pied.

3° Le refroidissement du membre, son aspect violacé, surtout au niveau du genou et de la jambe;

4° L'étendue, la diffusion de l'hysperesthésie qui n'existe pas seulement au niveau de la hanche, mais qui s'étend en arrière sur la fesse et qui remontait en haut, chez le malade de M. Charcot, presque jusque sous le sein gauche.

5° La nature de cette hyperesthésie qui n'est pas seulement acticulaire, c'est-à-dire produite par la pression sur le grand trochanter, mais aussi et surtout cutanée;

il suffit, en effet, de soulever un pli de la peau pour occasionner une douleur aussi vive que la douleur articulaire. C'est à Brodie que l'on doit la connaissance de ce signe important dans le diagnostic de la coxalgie hystérique.

6° Lorsque la maladie remonte à une époque déjà reculée, on est frappé de la conservation de l'état général et de l'appétit, de l'absence d'anémie et de fièvre, autant de particularités qui tranchent avec l'idée d'une affection organique grave de la hanche.

7° Enfin, il y a un dernier signe dont on ne doit jamais négliger la recherche, c'est l'état de la jointure.

Sous l'influence du chloroforme, la contracture disparaît dans la coxalgie hystérique, et l'on peut s'assurer aisément, en produisant des mouvements dans l'articulation, qu'il n'existe pas de craquements, qu'il n'y a pas d'adhérences.

Dans la coxalgie organique, au contraire, on n'obtient qu'une résolution incomplète pendant le sommeil chloroformique, et les mouvements imprimés à l'articulation permettent de constater des craquements en relation avec l'étendue de la lésion articulaire. Cependant, comme l'a fait remarquer M. le professeur Verneuil, cette recherche, pour donner un résultat certain, ne peut être faite qu'à une période déjà avancée de la coxalgie, car il peut se faire qu'au début une coxalgie tuberculeuse ne présente encore aucun craquement notable. Néanmoins, ce qui dans tous les cas nécessite toujours la recherche de l'état de la jointure, c'est qu'une coxalgie tuberculeuse ou autre peut être un appel pour ainsi dire à la diathèse hystérique, et les deux affections, coxalgie hystérique et coxalgie organique, peuvent coïncider chez le même sujet.

ÉTIOLOGIE.

Maintenant que nous avons établi, par la discussion des symptômes, la nature des troubles moteurs et sensitifs susceptibles de se développer sous une influence psychique, nous allons rechercher si, dans les antécédents héréditaires ou personnels de nos malades, nous ne retrouvons pas des traces de cette diathèse névropathique.

Puis, nous passerons en revue les conditions diverses qui réveillent la diathèse hystérique et déterminent soit une paralysie, soit une contracture ou bien une affection douloureuse. Nous montrerons, en outre, que ces troubles psychiques se développent indifféremment chez l'homme et chez la femme, dans le jeune âge et dans l'âge adulte.

Enfin, pour terminer ce chapitre, nous établirons, par exemple, comment une émotion peut produire une paralysie, c'est-à-dire le lien qui relie les causes occasionnelles à leurs effets. Nous aurons donc ainsi à parler de l'idée fixe, de l'autosuggestion et nous arriverons ainsi progressivement au chapitre suivant, qui traitera de la physiologie pathologique ou du mécanisme des affections psychiques.

Hérédité. — Antécédents personnels.

Pour éclairer cette question, nous aurions pu prendre nos renseignements à toutes les observations que nous avons signalées çà et là dans ce travail.

Nous avons préféré nous en tenir aux quinze observations de M. le Professeur Charcot, dont nous avons énuméré les titres plus haut. Ces observations, en effet,

absolument complètes à tous les points de vue, sont les seules que nous puissions mettre à profit dans tout le cours de la discussion que nous poursuivons.

Or, nous notons que dans trois cas on n'a pu relever ni antécédents héréditaires, ni personnels d'ordre névropathique. Il s'agit de M[lle] X..., du forgeron et de l'employé de chemin de fer atteint de coxalgie.

Dans huit cas, les malades n'ont pu donner de renseignements morbides sur leur famille.

Enfin, il reste quatre observations où les antécédents héréditaires ont pu être relevés et voici ce que nous y trouvons.

Veuve Mel..., 31 ans. Père adonné aux pratiques religieuses, très nerveux, né en Angleterre; mère allemande, eut des grands chagrins pendant qu'elle était enceinte de Mel...; oncle paternel maniaque, mort d'une maladie spinale; deux grand'tantes maternelles aliénées.

Porcen..., cocher de fiacre, âgé de 25 ans. Sa mère est morte à 59 ans d'une maladie de foie; elle était fort nerveuse. P... se souvient de l'avoir vue plusieurs fois, à la suite d'une contrariété, être prise d'attaques dans lesquelles elle s'affaissait sur elle-même et perdait connaissance. Son père, grand buveur d'absinthe, n'a jamais présenté d'accidents nerveux. Sa sœur est souvent prise d'attaques de nerfs, probablement de nature hystérique. Il n'y a pas, paraît-il, d'aliénés dans la famille.

Pin..., maçon, 18 ans. Sa mère est morte à l'âge de 46 ans, à la suite de « rhumatisme »? Son père est alcoolique. Une de ses sœurs, âgée de 16 ans, est sujette à de fréquentes attaques de nerfs.

La jeune fille de 16 ans, atteinte de contracture traumatique, a été recueillie à 11 ans, à la suite de la

mort de sa mère, survenue en conséquence de la phthisie pulmonaire, dans une maison dirigée par des religieuses. Mais, circonstance plus intéressante, son père a succombé à l'asile d'aliénés d'Orléans, où il a vécu trois ans ; la maladie qui a motivé son admission dans cet asile paraît avoir été la paralysie générale progressive, si on en juge par ce fait qu'il a subi plusieurs attaques convulsives à la suite desquelles il est resté paralysé. Nous ajouterons qu'un de ses frères, âgé de 13 ans, recueilli dans une maison de secours, est à peu près idiot.

Les antécédents personnels sont plus particulièrement intéressants à relever et vont nous montrer clairement chez quelle catégorie de sujets se développent les affections psychiques.

Les six premières observations de M. Marie concernent des femmes qui, avant le développement des paralysies psychiques, étaient nettement hystériques.

Le sculpteur était un jeune homme de 20 ans, qui se livrait à des excès de boisson, notamment d'absinthe.

Le cocher de fiacre Porcen... était peureux dans son enfance : il avait peur des voleurs quand il se trouvait seul. A l'âge de 7 ans, il tombe d'un cinquième étage ; à partir de ce moment, sa santé s'affaiblit et, peu après, se produit une déviation de la colonne vertébrale. A 16 ans, il contracte un rhumatisme articulaire aigu qui l'a retenu au lit pendant six semaines.

Le maçon Pin.... est un jeune homme d'apparence solide, bien musclé, mais le fonctionnement du système nerveux a toujours laissé chez lui beaucoup à désirer. Peu intelligent, il n'a pas appris grand'chose à l'école. Il est peureux. Au point de vue moral, c'est un anomal, un déséquilibré. A 9 ans, il quittait souvent la maison

paternelle et allait coucher sous les ponts, dans les gares de chemins de fer. Une nuit, il fut arrêté en compagnie d'une bande de jeunes vagabonds et enfermé à la Roquette. A 16 ans, il fit un rhumatisme articulaire aigu généralisé précédé d'érysipèle. Actuellement, il est atteint d'une insuffisance aortique.

En somme, nous voyons que ce qui domine dans les antécédents héréditaires et personnels de nos malades, c'est le tempéramment névropathique, c'est l'hystérie. Dans un cas, le sujet était absinthique. Dans deux autres cas, on avait affaire à des rhumatisants.

Il est donc toujours intéressant de rechercher les antécédents des malades, parce que les renseignements qu'ils fournissent peuvent aider au diagnostic. Cependant, il ne faut pas exagérer l'importance de ces renseignements, car certains malades, comme notre coxalgique, peuvent avoir toujours joui d'une santé parfaite, et ne pouvoir donner de renseignements sur les ascendants. En outre, il va sans dire qu'une affection organique des centres nerveux ou des articulations peut se développer chez un névropathe.

Enfin, comme cause prédisposante, nous signalerons l'anémie qui succède à des hémorrhagies abondantes ou à des fièvres graves. « J'ai montré, dit Reynolds, que cette condition étiologique s'est rencontrée dans trois cas ; dans le premier, il s'agissait de l'épuisement graduel du corps et de l'esprit ; dans le second, l'anémie était consécutive à la fièvre typhoïde, et dans le troisième cas, à la grippe et à une angine. Dans deux autres observations, j'ai vu les symptômes se développer à la suite de la grossesse ; et dans un autre cas très net, à la suite d'une diarrhée chronique. »

II.

Conditions susceptibles de réveiller la diathèse hystérique. — Influence de l'imagination. — Autosuggestion.

TRAUMATISME.

Le traumatisme sous toutes ses formes, qu'il s'agisse de fatigues musculaires considérables, de contusions, de plaies, de brulûres, etc., constitue la cause la plus fréquente des troubles moteurs et sensitifs d'origine psychique. A part les cas où la perversion de l'idée est consécutive à l'imitation, comme dans les exemples de Weir Mitchell rapportés plus bas, nous voyons que dans toutes les observations récentes qui ont trait à notre sujet et dans un certain nombre d'observations anciennes, les auteurs insistent tout particulièrement sur le traumatisme. Une seule chose diffère dans tous ces cas, c'est l'interprétation de la maladie. Nous pourrions écrire un long chapitre des erreurs de diagnostic commises à propos de ces paralysies, de ces contractures et des affections douloureuses. Pour les uns, il s'agit de paralysies reflexes (Professeur Le Fort) ou de pseudo-coxalgies par inflammation légère de la hanche chez une hystérique (Terrillon, obs. XII de la thèse de Grenier, 1884). Pour d'autres, le traumatisme a occasionné une névrite. Dans certains cas, les accidents tiendraient à une myélite ou même à une localisation rare, exceptionnelle de lésion cérébrale, comme dans l'observation si intéressante de M. Duret (accidents nerveux bizarres survenus sous l'in-

fluence d'une vaste brûlure. Hémiplégie et hémianesthésie de la sensibilité commune et de la sensibilité des organes des sens, guérison, H. Duret, interne des hôpitaux, *Gazette médicale de Paris*, 1876).

Cependant, Brodie avait déjà signalé l'influence du traumatisme dans le développement des symptômes d'hystérie locale, et il rapporte quelques exemples intéressants.

C'est une femme qui, à propos d'une saignée au bras, se plaint d'une grande douleur. La saignée faite, la plaie cicatrisée, le lendemain la malade accuse une nouvelle douleur intense qui s'étend dans l'avant-bras, dans la main, dans le bras, et jusque dans l'aisselle, l'épaule, le côté du cou et la moitié correspondante du thorax. Vous examinez la cicatrice, vous ne trouvez rien. Néanmoins, cette femme accuse le médecin de l'avoir mal saignée. « C'est dans l'état particulier de son système nerveux, dit Brodie, qu'il faut chercher l'explication de ses souffrances. »

D'autres fois, ce sera une malade qui aura reçu un coup à la tête. On la soumet à toutes sortes de traitement. C'est en vain, la douleur augmente. Mais cette douleur s'accompagne de symptômes qui n'ont rien de commun avec un processus inflammatoire, etc. Ce sont des symptômes hystériques.

D'autres fois, et encore assez souvent, une jeune femme se pique ou se pince le doigt. Bientôt après, elle se plaint de douleurs partant du doigt et s'étendant le long de la main et de l'avant-bras. Il s'en suit même, quelquefois, une action convulsive des muscles du bras ou une contracture des muscles fléchisseurs de ce segment, de façon que l'avant-bras est maintenu en flexion, au moins pendant la

veille, car ce spasme cède, en général, pendant le sommeil.

Enfin, l'auteur raconte l'histoire d'une femme qui entra à l'hôpital pour une fracture de l'avant-bras. Cette fracture s'accompagnait de douleurs très violentes. La fracture se consolida, mais les douleurs persistèrent pendant plusieurs semaines et disparurent graduellement. Cette femme, du reste, quelques années auparavant, avaient accusé une série d'accidents nerveux très graves à la suite d'un léger traumatisme à la cheville.

Russel Reynolds a insisté tout particulièrement sur les traumatismes occasionnés par les accidents de chemin de fer. Pour lui, bon nombre de paralysies flasques ou avec contractures, bon nombre d'affections douloureuses survenues à la suite de ces accidents, sont d'origine psychique. Le Dr Gairdner, président de la *British medical association* (1869) partage absolument l'opinion de Reynolds. « La classe des accidents de chemin de fer, dit-il, renferme un groupe singulièrement intéressant, et il avait trouvé juste de les assimiler à ceux qui surviennent chez les femmes hystériques. »

Lasègue (1) signale un cas de blépharospasme survenu chez une jeune fille de 14 ans, le lendemain du jour où elle reçut dans l'œil quelques grains de sable. Ce blépharospasme cessa subitement au bout de 4 mois. Depuis, la jeune fille a présenté des accidents hystériques.

Une jeune fille de 12 ans présenta subitement des symptômes de coxalgie à la suite d'une chute dans l'escalier de sa maison. Elle guérit subitement après trois mois de maladie. Un an après, elle eut une attaque d'hystérie (Lasègue).

---

(1) Lasègue. — Hystéries périphériques. (*Archives de médecine*, 1878).

Nous avons déjà parlé du cas de M. Yossé, où, chez un jeune garçon de 15 ans, une coxalgie se développa consécutivement à une chute sur la hanche. La guérison arriva subitement deux mois après l'accident, au moment où le malade essayait, sur le conseil de son médecin, de faire un peu de gymnastique (1).

L'observation de M. Newton Jhaffer concerne un garçon de 12 ans, très studieux, aux goûts efféminés, qui fut atteint d'une arthrite hystérique à la suite d'une chute sur le genou.

Dans l'observation de M. Terrillon (2), c'est une chute sur la hanche qui provoque une coxalgie guérie en 10 jours.

L'observation de coxalgie hystérique de cause traumatique (3) qui a fait le sujet de quelques leçons de M. le Professeur Charcot, concerne un homme de 45 ans, victime d'un accident dans une Compagnie de chemin de fer. « Le 13 mai 1883, la bielle de la machine à vapeur, située au-dessous de l'endroit où il travaillait, a violemment heurté le plancher sous ses pieds, et il a été projeté en l'air à une hauteur de 2 ou 3 mètres, assure-t-il. Il ne perdit pas connaissance, mais ressentit immédiatement une douleur vive accompagnée d'engourdissement du membre, celui-ci lui semblait à la fois douloureux et absent. Il put faire quelques pas cependant; on le transporta chez lui; il resta deux mois au lit, ayant, dit-il, dans les premiers temps, le membre gonflé; au bout de cette période, il commença à marcher avec des béquilles,

---

(1) Thèse de Peugniez. Paris, 1884. (*L'hystérie chez les enfants.*)

(2) Thèse de Grenier. Paris, 1884. (*Affections qui peuvent simuler la coxalgie*).

(3) M. Charcot. — *Progrès médical*, 30 janvier 1886.

puis il ne se servit plus que d'une canne ; il y a plus d'un an que son état est demeuré tel que nous le voyons aujourd'hui. »

Les observations de paralysies psychiques de cause traumatique sont tout particulièrement intéressantes, parce que ce sont elles qui donnent lieu le plus souvent à des erreurs de diagnostic.

La première observation de M. Debove (1) est très curieuse à ce sujet. Il s'agit d'un homme de 52 ans, ordinairement bien portant, qui tombe d'un échafaudage, le 30 avril 1874. Depuis cette époque, jusqu'en 1882, il ne cessa pas d'être sous le coup d'accidents hystériformes de diverse nature. Ce sont des pertes de connaissance, de la monoplégie brachiale gauche avec hémianesthésie commune et sensorielle. Des attaques d'hystérie, de l'hémiplégie avec hémianesthésie, de la paraplégie avec hémianesthésie.

Nous avons déjà signalé le cas si intéressant de M. Duret, qui observa des accidents nerveux bizarres survenus sous l'influence d'une vaste brûlure du bras chez un homme de 33 ans : De l'hemiplégie et de l'hémianesthésie gauche, qui se terminèrent par la guérison.

L'observation de Porcen..., présentée à la *Société médicale des Hôpitaux*, le 24 juillet 1885, et qui a fait le sujet des savantes leçons de M. le professeur Charcot, sur les paralysies psychiques, est aussi un exemple de paralysie traumatique. Porcen..., âgé de 25 ans, est cocher de fiacre. Le 24 décembre 1884, il est jeté à bas de son siège ; il tombe sur l'épaule droite. Le 30 décem-

---

1) Debove. — Recherches sur l'hystérie fruste. *Soc. médic. des Hôpitaux*, *1882*).

bre, en s'éveillant, il constate que son membre supérieur droit est complètement flasque.

Pin.., est âgé de 18 ans..., c'est un maçon, qui, le 24 mai 1884, tomba d'une hauteur de deux mètres et resta, à la suite, quelques minutes seulement sans connaissance. Le 27 mai, son bras commençait à se paralyser.

La veuve Mel..., contracte une paralysie du membre inférieur droit, à la suite d'une légère contusion au cou-de-pied droit.

Dans les observations de contractures extraites des leçons de M. le professeur Charcot, on voit encore le traumatisme jouer un rôle important comme cause déterminante.

M[lle] X..., en tombant de sa hauteur, se heurta le dos de la main droite contre un tabouret. Deux ou trois jours après, il se développa une contracture de la main droite avec anesthésie. Un mois et demi après, la guérison survint subitement.

Hortense H..., eut l'avant-bras droit serré entre un mur et un plateau tournant, sur lequel reposent les glaces à polir. Immédiatement, les doigts entrèrent en contracture. Trois mois et demi après, la contracture cesse et se transforme en une monoplégie brachiale avec hémianesthésie.

B..., est une fille de 34 ans. Le 16 mai, elle fait un faux pas dans l'escalier, tombe loudement sur le côté gauche et glisse comme une masse inerte sur une dizaine de marches. Deux de ses compagnes l'ont relevée aussitôt; elle ne s'était pas fait grand mal, et aujourd'hui, la seule trace de la contusion consiste en une ecchymose qui couvre la malléole externe du côté gauche. Mais immédiatement après la chute, la marche était devenue très difficile, et la raison de cette difficulté était dans l'exis-

tence d'une rigidité survenue dans toutes les jointures (hanche, genou, cou-de-pied) du membre inférieur gauche, qui avait supporté le choc.

Une jeune fille de 16 ans présente une contracture hystérique de la main gauche survenue il y a plus d'un an. La malade, en cassant un carreau, s'est fait, sur le dos de la main, au niveau du deuxième métacarpien, une plaie insignifiante qui fut cicatrisée au bout de 4 ou 5 jours. C'est ce traumatisme léger qui a déterminé la contracture dont le début fut soudain et sans douleur.

Un forgeron de 34 ans, assez robuste, père de 4 enfants, a l'avant-bras et la main gauche touchés, le 27 juin dernier, par une barre de fer rougie à blanc. La brûlure quoique peu profonde mit six semaines à guérir, et aujourd'hui, il reste une plaque rouge violacé de 3 à 4 centimètres de large sur 10 à 12 de hauteur, occupant la partie inférieure de l'avant-bras et le dos de la main. La contracture de la main et du bras se développa graduellement en 7 semaines, chose exceptionnelle dans l'histoire de la contracture hystérique de cause traumatique, qui arrive toujours brusquement.

Ces exemples, dont nous aurions pu augmenter le nombre, suffiront à démontrer l'influence du traumatisme dans le développement des troubles moteurs et sensitifs d'ordre psychique. Nous avons vu que, dans un grand nombre de ces cas, au traumatisme se joint l'émotion, la frayeur, le « shock » nerveux comme par exemple lors des accidents de chemins de fer. Mais il y a des cas où le traumatisme semble agir seul comme chez le forgeron, par exemple, qui avouait n'avoir pas éprouvé d'émotion au moment de l'accident.

Dans d'autres circonstances, au contraire, il n'y a pas de traumatisme ; c'est l'émotion seule, la frayeur subite

à la vue d'un accident grave qui produit la paralysie, la contracture ou la douleur.

Sexe. — Age.

Ces affections psychiques, traumatiques et émotives, se rencontrent dans les deux sexes, chez l'enfant comme chez l'adulte.

Les observations que nous avons réunies concernent des enfants et des adultes, indifféremment des hommes et des femmes. La vieillesse seule semble à l'abri de cette variété de troubles nerveux.

Il n'est pas possible, à l'heure actuelle, d'établir une statistique, de déterminer si la maladie est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Cette question est trop récente et les observations trop peu nombreuses pour chercher une conclusion dans des chiffres.

Mais, en définitive, ce résultat qui ne pourra être acquis que lorsqu'on aura recueilli un plus grand nombre d'observations, nous importe peu actuellement.

Ce qu'il nous intéresse de savoir, c'est que sous l'influence d'un traumatisme même léger, sous l'influence d'une émotion passagère, des troubles graves de la motilité et de la sensibilité, des monoplégies, des hémiplégies, des paraplégies, des contractures, des arthralgies, des coxalgies, etc., peuvent se développer chez des enfants, chez des hommes robustes et bien portants.

Quand des accidents de cette sorte se développent chez des jeunes filles nerveuses, chez des femmes, quand surtout ces accidents présentent dans leur symptomatologie quelque chose d'insolite et d'irrégulier, on pense à l'hystérie et on à raison le plus souvent. Mais

peut-on songer à l'hystérie chez un cocher de fiacre, chez un forgeron qui, jusqu'alors, n'ont présenté absolument aucun signe de cette diathèse ? On rejette bien loin cette idée, si toutefois elle vient à l'esprit, et l'on se creuse l'imagination à rechercher quelle pourrait bien être la lésion cérébrale qui rendrait compte de symptômes si bizarres.

Déjà, du reste, Brodie, dans ses leçons sur les affections nerveuses locales, avait dit avoir rencontré ces affections chez l'homme. Les observations du Professeur Charcot, celles de Troisier, Debove, ont trait à des pseudo-coxalgies, des contractures des paralysies hystériques survenues chez des hommes antérieurement exempts de phénomènes névropathiques, à la suite d'une chute, d'un traumatisme. Les auteurs anglais et américains, qui ont plus que nous l'occasion d'observer des accidents de chemin de fer, rapportent aussi des observations de pareilles affections survenues aussi bien chez l'homme que chez la femme.

En résumé, il s'agit ici d'hystériques, et cette question de la fréquence de l'hystérie chez l'homme a fait, dans ces derniers temps, l'objet d'un certain nombre de bonnes monographies (thèses de Klein et de Batault) qui nous dispensent d'insister plus longuement. Nous aurons, du reste, l'occasion de revenir plus loin sur ce sujet.

Émotions dépressives.

Nous allons voir apparaître ici, à côté de l'émotion, un nouveau facteur dont l'importance est considérable dans le développement des affections psychiques. C'est l'idée de paralysie ou de douleur, la crainte de devenir impotent, etc... C'est cette idée qui prend naissance à la suite

du traumatisme, ou consécutivement à l'émotion, au choc nerveux qui suit les accidents de chemin de fer. C'est encore cette idée qui se fixe dans l'esprit des sujets prédisposés à la vue d'un trouble nerveux quelconque ou lorsqu'ils entendent raconter des histoires d'affections douloureuses. C'est sous l'influence de cette idée fixe que se développaient ces épidémies de démonopathie qui, sous le moyen-âge, ont fait condamner au bûcher plus de cent mille victimes innocentes. C'est encore sous l'influence de cette idée que nous voyons tous les jours dans les pensionnats ces épidémies nerveuses par imitation.

Nous allons retrouver chez nos malades cette influence d'une idée fixe, consécutive à une émotion.

Dans la première observation de MM. Marie et Souza-Leite, il s'agit d'une femme de 27 ans, du service de M. le Professeur Charcot, qui, dans les derniers jours d'avril 1884, présenta une éruption tout à fait typique de Zôna siégeant sur le trajet du brachial cutané interne, sur la partie externe et supérieure de la région mammaire et sur le trajet des branches postéro-supérieures des nerfs intercostaux voisins, un peu au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate, du côté gauche. *L'apparition de cette éruption inquiéta beaucoup la malade, elle fut hantée de cette idée fixe que son bras* (dont les mouvements lui étaient rendus pénibles par la douleur du zôna qu'elle sentait parfaitement malgré son hémianesthésie à gauche) *commençait à se paralyser*. Le 10 mai, au matin, elle accusait dans le bras gauche des fourmillements, une sensation d'engourdissement et de lourdeur; en outre, on nota un tremblement très évident et des troubles vaso-moteurs qui persistèrent un temps assez long. Le 11, au matin, la malade dit que l'engourdissement, la lourdeur,

etc., n'ont fait qu'augmenter; on constate une augmentation des troubles sensitifs et moteurs; elle offrait une paralysie nette du membre thoracique gauche; le membre paralysé ne présentait aucune apparence de contracture.

Hug..., agée de 30 ans, célibataire, entre dans le service de M. le Professeur Charcot, le 7 mai 1884.... En novembre, elle se plaint un jour d'une sensation de fourmillements, de picotements et d'engourdissement dans le membre thoracique droit commençant dans le médius et dans l'annulaire, s'accompagnant d'une certaine tuméfaction et d'une rougeur qui gagnent progressivement la face dorsale de la main, de l'avant-bras et du bras, durent deux ou trois heures en augmentant d'intensité, jusqu'à ce que l'endolorissement et les fourmillements cessent en grande partie. Alors, à la rougeur succède une coloration blanc-jaunâtre avec une nuance rose, et la tuméfaction persiste avec un peu d'endolorissement; quelquefois l'indicateur et l'auriculaire sont pris, eux aussi, mais jamais le pouce..... A cette époque est survenue, une nuit, dans le membre supérieur droit, *une sensation de faiblesse qui lui causa une grande inquiétude, car ne pouvant exécuter les actes ordinaires, elle se crut paralysée de ce bras ;* le matin, on trouve ce membre presque tombant, la malade ne pouvant pas le soutenir dans une position donnée..... Cette paralysie se dissipe au bout de trois ou quatre jours, d'une façon pour ainsi dire aussi rapide qu'elle était venue.

La veuve Mel... a été paralysée à la suite d'une chute, dans les circonstances suivantes : En novembre 1883, lors de la distribution des prix à la Salpétrière, elle buta contre une estrade et tomba en se faisant une légère contusion; à partir de ce moment, elle accusa une douleur

intense au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, ce qui, joint à l'existence d'une légère teinte ecchymotique à ce ce niveau, fit craindre une entorse ; on appliqua une bande, et, sur les instances répétées de la malade, qui prétendait souffrir énormément quand on la retirait, on en continua l'emploi pendant près de trois mois ; peu à peu, les douleurs ressenties par la malade avaient diminué, mais l'impotence motrice avait été en augmentant, de telle sorte que, bientôt, la malade se trouvait, *comme elle en avait manifesté la crainte dès le premier moment*, paralysée de tout le membre inférieur droit.

Henriette A..., 19 ans (service de M. le Professeur Charcot), vivant constamment avec son père hémiplégique, éprouve, pendant la nuit, une peur violente, à la suite d'un traumatisme très léger, mais elle nous a avoué qu'elle avait, dès ce moment, fait la réflexion que la planche qui était tombée sur elle pendant son sommeil aurait pu, en la blessant grièvement, la mettre dans le même état que son père ; quelques heures après, elle était hémiplégique.

Nous retrouvons encore cette préoccupation de maladie, cette crainte de devenir impotente, chez la jeune fille qui fait le sujet de l'intéressante observation de Russell Reynolds.

OBSERVATION (Reynolds).

Une jeune fille qui avait été élevée dans la fortune, est amenée à l'hôpital pour une paraplégie.

Elle s'est paralysée peu à peu et a beaucoup maigri. Depuis deux ou trois mois, elle ne peut se tenir debout ne fût ce qu'une seconde ; elle reste presque toujours couchée. Elle a la physionomie inquiète ; mais cependant elle a bon espoir que son état s'améliorera à l'hôpital.

La paralysie est presque complète; la malade peut à peine remuer les orteils et soulever séparément les talons au-dessus du lit. Il n'y a pas trace de paralysie des sphincters ni d'atrophie des membres inférieurs. La sensibilité cutanée est conservée; les réflexes sont difficiles à exciter. La contractilité électrique et la sensibilité musculaire sont conservées. Il n'y a ni contracture, ni douleur. Pas trace de tuberculose ni d'une autre cachexie. Dans les antécédents, on ne relève ni traumatisme, ni attaques d'hystérie. Il serait difficile de faire de ce cas une maladie de la moelle. Je le considérai donc comme une paralysie psychique. L'histoire de la malade et la guérison démontrèrent l'exactitude de ce diagnostic.

Le père de cette jeune fille, son seul parent, était tombé, il y a un an et demi, dans la pauvreté par suite d'un de ces accidents commerciaux qui produisent des effets de « shock » aussi graves et souvent plus durables que ceux des collisions de chemin de fer.

Il supporta bravement ce malheur; elle, de même. A un âge avancé, il reprit le travail qu'il avait depuis longtemps abandonné; et elle, quoique toute jeune encore, s'imposa des devoirs et des responsabilités entièrement nouveaux. Pendant quelque temps, tout alla bien, mais bientôt le père fut subitement paralysé et ils tombèrent dans la misère. Elle se mit institutrice, et les longues courses qu'elle faisait à pieds la fatiguèrent beaucoup. Pendant quelques tristes semaines, malgré sa fatigue, elle fit de violents efforts pour paraître vive et alerte. Mais bientôt les membres devinrent douloureux et *maintes fois elle fut obsédée par l'idée qu'elle pourrait devenir paralysée comme son père.* Elle s'efforçait en vain de repousser cette pensée qui revenait sans cesse jusqu'à ce que, peu à peu, elle dut cesser de marcher.

A son entrée à l'hôpital, les infirmières, ses voisines, tout le monde enfin lui dit très confidentiellement qu'elle pourrait bientôt parfaitement marcher; on lui ordonna quelques toniques. Les muscles de la jambe furent électrisés surtout pour produire une impression morale. Le dos, les reins furent vigoureusement frictionnés; et la malade, soutenue par des infirmières qui faisaient l'office de béquilles, faisait, toutes les quatre heures, pendant cinq minutes, le tour de la salle. Le lendemain du début du traitement, elle put marcher bien doucement, et au bout de quinze jours elle marchait aussi facilement qu'avant sa maladie.

Imitation.

On pourrait écrire un long chapitre de l'influence de l'imitation sur le développement des maladies nerveuses. Nous avons déjà parlé des grandes épidémies du moyen-âge. On en rencontre encore de nos jours de moins importantes certainement, mais occasionnées par une idée fixe, la plupart du temps inspirée par l'exaltation religieuse.

Les deux observations qui suivent sont des exemples remarquables de ce que peut l'imitation sur la production de l'idée et le développement des affections psychiques.

OBSERVATION (Weir Mitchell).

Une jeune fille de 13 ans, qui n'est pas encore réglée, et n'a jamais eu que la rougeole, se fatigue le cou-de-pied droit en patinant en 1866, et, pour cette légère fatigue, on la tient au repos pendant trois semaines. Un jour, elle eut une indigestion ; depuis lors, son appétit disparut et les vomissements revinrent fréquemment. Quelque temps après, ses vomissements diminuèrent, mais elle me raconta que lorsque son accident survenait, on l'entourait de tant de soins qu'elle aidait à la production de ces vomissements qui ne tardèrent pas à augmenter de fréquence. L'enfant devint pâle, anémique et d'une faiblesse considérable. Une sensibilité exagérée se développa sur toute la peau et elle éprouva de violents hoquets. ...... Quand je la vis, elle était affaiblie ; le ventre était très sensible, à moins qu'on ne détournât son attention. Je remarquai que sans détourner la tête, elle suivait mes mouvements d'un œil attentif. Je plaçai sur ses lèvres une cuillerée de lait ; elle ferma la bouche, mais un moment après, elle rejeta ce lait. Je recommençai en tenant un doigt sur le larynx. Elle rejeta encore le lait ; mais je m'aperçus que le larynx ne se relevait pas ; dans ces conditions, il était évident que la malade

n'avait pas avalé. Je constatai cette fraude plusieurs fois. Quelquefois, elle avalait une partie, mais retenait le reste dans sa bouche et le rejetait en imitant un spasme. Sûr de mon fait, je l'accusai brusquement de supercherie. D'abord, elle nia, disant qu'elle ne pouvait conserver ce qu'elle prenait, et se mit à crier. Une petite réprimande de ma part me permit de lui faire prendre un verre de lait. Alors, je fis sortir tous les amis ; puis je persuadai à la malade qu'elle pouvait guérir, que le lait était nécessaire, que si elle le rejetait je lui en rendrais et que j'avais l'intention de la nourrir malgré elle.

Au bout de six semaines de soins suivis, elle fut capable de venir chez moi, et aujourd'hui c'est une mère de famille pleine de santé.

OBSERVATION (Weir Mitchell).

Enfant de 14 ans, habitant Ohio. A la suite d'une fièvre intermittente, elle se mit à boîter et accusa une douleur dans le genou droit. Un médecin l'examina et dit avec juste raison qu'il n'y avait aucune cause de crainte, et conseilla l'exercice pour tout traitement. La malade eut facilement guéri si l'on avait suivi ce conseil; malheureusement, un ami conseilla de consulter des médecins qui voyageaient pour un institut chirurgical. Ils diagnostiquèrent une coxalgie, appliquèrent un appareil temporaire et promirent de guérir l'enfant à leur institut. Du jour où on se prononça pour une maladie grave, l'état de la malade devint plus grave, et sous l'influence des discussions auxquelles donnèrent lieu sa coxalgie et ses symptômes, elle commença à remplir aussi pleinement que possible le drame pathologique qu'on lui avait ainsi enseigné d'une façon insensée. La douleur augmenta. La contracture survint du côté de la hanche et du genou. A l'institut, le mal augmenta très vite; il se développa une double coxalgie sous l'influence des applications locales et des nombreux et prodigieux appareils que l'on appliqua.

Le Dr Finn, qui vit la malade, la décida à quitter cette maison de charlatans. Le Dr Mitchell, appelé en consultation, conseilla et entreprit un traitement absolument psychique et, en quelques semaines, la malade guérit complètement.

Enfin, pour clore ce chapitre, je crois intéressant de rapporter l'observation suivante de Reynolds, qui est un exemple curieux des troubles nombreux que peut faire naître l'idée de douleur chez un sujet prédisposé par la diathèse hystérique.

OBSERVATION (Reynolds).

Un garçon de 9 ans entre à l'hôpital pour de la difficulté à marcher et même à se tenir debout. Quand on veut le mettre dans la position verticale, il est pris de violents accès de douleurs dans tout le corps et surtout dans les reins; pendant ces accès, il éprouve de la difficulté dans la déglutition et des mouvements spasmodiques des paupières. S'il veut avaler quelque chose, il se produit des spasmes dans les muscles de la face et de la gorge; le malade pousse des cris effrayants, comme s'il éprouvait une grande douleur, et bientôt il est pris de convulsions générales du tronc et des reins.

Ce garçon est pâle mais non épuisé; il paraît intelligent et répond facilement aux questions qu'on lui pose.

Il n'y a pas de déviation du rachis; pas de sensibilité des apophyses épineuses. Quand il est couché, il peut exécuter toutes les variétés de mouvement du tronc et des membres inférieurs. Si je le soulève, en le tenant sous les aisselles, il n'éprouve aucune douleur. Il n'y a pas de perte de la contractilité électrique, ni douleur quand les muscles sont vigoureusement contractés par la faradisasion. Mais, lorsque suspendu par les aisselles, je lui fais toucher le sol des pieds, il pousse des hurlements de douleur. Cependant l'expression de son visage indique plutôt la crainte ou la peur de la douleur que la douleur réelle.

Voici les renseignements qui m'ont été donnés par le Dr R... de Wattingham.

Le père était nerveux, la mère délicate. Il y a 16 semaines, ce garçon eut la grippe et une angine dont on ne put affirmer la nature diphthérique. Quinze jours après, il éprouva une douleur assez forte au milieu de la région dorsale. On crut à une affection

du foie et on le soumit à un traitement mercuriel avec vésicatoires pendant 16 à 20 jours. La douleur était paroxystiquc, sans fiévre. A la fin de la 3e semaine, on lui permit de quitter le lit ; mais la marche était douloureuse et devenue véritablement impossible à cause des douleurs qu'il éprouvait dans les jambes, aux aines et de chaque côté du tronc. Le Dr R... qui le vit six semaines aprés reconnut l'impossibilité de marcher qu'il attribua plutôt à de la douleur qu'au manque de force. Les douleurs devinrent telles que pendant des heures entières, le jour, le malade poussait des cris violents. Les nuits étaient bonnes et même pendant les intervalles de douleurs, le malade était gai et enjoué. Morphine, belladone, quinine, rien ne lui procura d'amélioration.

Trois à quatre semaines plus tard, apparurent des contractures dans les fléchisseurs des jambes et des mains, qui disparaissaient pendant le sommeil. On ordonna du bromure de potassium et un vésicatoire sur la colonne vertébrale, et peu à peu les spasmes et les douleurs diminuèrent un peu de gravité. Les injections hypodermiques n'ont produit aucun résultat. ..

J'étais convaincu, quelle qu'eut été l'affection à son début, que les symptômes actuels relevaient d'un trouble psychique et émotif. *Je considérai la douleur, la paralysie apparente, les contractures, comme d'origine psychique*, et instituai un traitement en conséquence. Il était évident, d'après ce que j'ai dit, qu'aucune position du corps, qu'aucune contraction musculaire, qu'aucune pression des vertèbres n'étaient douloureuses par elles-mêmes. Il était aussi évident qu'il n'existait pas de paralysie réelle. Il n'y avait aucune explication raisonnable de la douleur qui était occasionnée par la marche ou plutôt les tentatives de marche. L'expression de la physionomie d'ailleurs ne répondait pas à l'idée de douleur ; et bien quc ce jeune garçon affirmât éprouver une douleur atroce et qu'il poussât des cris terribles lorsqu'on le mettait sur ses pieds, je pense que la douleur était de la nature de celle du boucher (1) que le croc a saisi par la manche. Je ne veux pas affirmer, pour

(1) Il s'agit d'un boucher qui, dans une chute, fut retenu à un crochet par la manche de son habit. Il ne fut pas blessé ; mais, depuis, chaque fois qu'il pensait à sa chute, il éprouvait une douleur intense dans le bras.

le moment, qu'il n'y eut pas douleur ; je pense au contraire qu'elle existait, et que dans les deux cas même, elle était violente ; mais dans les deux cas elle avait la même origine.

Comme traitement, j'ordonnai que l'on plaçât près de lui toutes les quatre heures, de la viande coupée menue et des légumes sans qu'on l'aidât à prendre ces vivres ; mais que, au bout d'une heure, s'il n'avait rien mangé, les plats fussent enlevés.

On lui dit que toutes les quatre heures il devait aller et venir dans la salle, maintenu par deux infirmières et qu'il devait s'efforcer de ne pas penser à la douleur car il irait bientôt mieux et la promenade le remettrait.

On lui enjoignit, de plus, de se conduire comme un homme et de faire le moins de bruit possible en criant.

Pendant les trente-quatre premières heures, il ne prit aucune nourriture : mais à la fin du 2e jour, il avait tellement faim, que la sœur faisant apporter son plat de viande, il le mangea sans difficulté et sans spasme. D'abord, il criait beaucoup quand on le faisait promener ; mais ses cris cessèrent bientôt complètement et, en quelques jours, il marchait bien, sans douleur. Au bout de quinze jours d'hopital, il devint même le commissionnaire des autres malades, montant et descendant les escaliers à tout instant pour faire les courses des malades et des infirmiers.

Je crois qu'au début, ce garçon était bien réellement malade ; qu'il avait une douleur qui le faisait souffrir en marchant et que la douleur provoquait des mouvements spasmodiques. Mais je crois aussi qu'au moment où je le vis, tous les symptômes ne tenaient plus qu'à l'idée ou à l'imagination, les impressions anciennes persistant peut-être de la même manière que certaines impressions peuvent être gravées par les organes des sens spéciaux, après le départ de leur cause première de production. Nous savons qu'il existe de grandes différences suivant les sujets, dans la rapidité avec laquelle l'image des formes et des couleurs complémentaires peut se produire, et dans la durée pendant laquelle elle peut être conservée par l'œil. Il arrive parfois que des gens croient à la réalité de ces images ; mais le plus souvent, les plus impressionnables même les considèrent comme des hallucinations, et ce qui leur permet d'arriver à cette conclusion, c'est la possibilité

de confronter l'illusion que présente un sens avec la réalité que donne un autre sens. Mais pour ce qui est de la douleur et de la paralysie, il n'y a pas de semblable correction à espérer. Le médecin peut arriver à trouver des faits suffisants pour guider son esprit dans l'interprétation du prénomène, mais le malade ne peut séparer le réel de ce qui ne l'est pas ; et souvent il est poussé à exagérer l'importance de son affection, par la sollicitude, bienveillante si l'on veut, mais mal avisée de parents anxieux et de savants amis.

Il ne faudrait pas croire, cependant, que le seul fait de penser à une paralysie, par exemple, et de revenir souvent sur cette idée, suffit pour faire naître une paralysie. Il faut autre chose; il faut une prédisposition du sujet: « Ces malades par imagination, dit M. Ch. Féré (1) ne sont pas seulement affectés d'un trouble local: pour se laisser dominer par cette idée de maladie, il faut être particulièrement excitable et suggestible, il faut être doué d'un état de faiblesse psychique congénitale qui coïncide, du reste fréquemment, avec des manifestations névropathiques plus ou moins caractérisées ou des malformations physiques. N'est pas hypochondriaque qui veut, comme disait Lasègue. »

---

(1) M. Ch. Féré. — La médecine d'imagination, *Progrès médical*, 1884, p. 309.

III.

Recherche de l'état mental, psychique, de nos malades

MÉCANISME DES CAUSES PSYCHIQUES.

Nous savons maintenant dans quel cadre nosologique faire rentrer les affections psychiques ; nous savons, en outre, que leur développement est subordonné à l'existence préalable d'une idée fixe, c'est-à-dire d'une suggestion. Nous allons rechercher en quoi consiste l'état mental, l'état psychique de nos malades.

Or, nous connaissons un état névropathique que l'on peut développer chez certains hystériques et dans lequel on peut provoquer également, par suggestion étrangère, des paralysies, des contractures, des hyperesthésies. Je veux parler de l'hypnotisme. Nous allons étudier ces troubles moteurs et sensitifs provoqués par suggestion chez les hypnotiques, et si nous arrivons à démontrer qu'il y a identité entre les phénomènes objectifs de l'hypnotisme et ceux de nos malades, nous pourrons en conclure que l'état mental, psychique de nos malades, peut être comparé à l'état mental de l'hypnotique, et cette notion nous aidera à comprendre le mécanisme des affections psychiques.

Or, l'hypnotisme engendre, chez les sujets qui y sont prédisposés, une disposition toute particulière à tomber en léthargie, en catalepsie ou dans cet état particulier qu'on désigne sous le nom de somnambulisme (1). Dans

---

(1) J.-M. Charcot. — Essai d'une distinction nosographique des divers états nerveux compris sous le nom d'hypnotisme (*Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 1883).

ces conditions, nous savons que le sujet devient un véritable automate, obéissant servilement à la volonté de l'opérateur qui peut provoquer chez lui, par suggestion, les actes les plus variés, des illusions sensorielles et sensitives, et même des hallucinations complètes. Ce qui caractérise l'état mental de l'hypnotique, c'est l'affaiblissement considérable de la conscience, des facultés coordinatrices (volonté, attention, jugement), avec conservation et même exaltation des facultés imaginatives et sensorielles qui fait que le sujet possède une aptitude toute particulière à transformer, sans contrôle intellectuel, l'idée reçue en acte (1).

M. le Professeur Charcot, étudiant les paralysies provoquées par suggestion dans l'hypnotisme, et les rapprochant des paralysies psychiques, est arrivé à démontrer la similitude des caractères objectifs dans les deux cas, et à assimiler l'état mental des malades atteints d'affections psychiques à l'état mental des hypnotiques. Ces ingénieuses recherches cliniques ont une telle importance pour le sujet qui nous occupe, que nous ne pouvons nous dispenser de les résumer (2).

---

(1) L'hypnotisme en tant que maladie, en tant que névrose, n'a réellement reçu sa consécration scientifique que dans ces dernières années. Ce qui pendant longtemps détourna de ce sujet les esprits sérieux, ce furent les audacieuses folies du mesmérisme et du charlatanisme, leur prétention au merveilleux, comme la prévision de l'avenir, la vision intérieure, la lucidité, la vision à travers les corps opaques, la transposition des sens, l'instinct des remèdes. « Ces insanités et le charlatanisme, dit M. le Professeur Bernheim, ont jeté le discrédit sur les folles conceptions du mesmérisme. Aujourd'hui, le magnétisme est mort comme l'alchimie; mais la suggestion hypnotique est née du magnétisme, comme la chimie est née de l'alchimie. »

(2) Tout ce qui suit est le résumé des savantes leçons de M. le Professeur Charcot sur les paralysies psychiques auxquelles nous avons déjà fait tant d'emprunts (*Progrès médical*, septembre et octobre 1885), voir aussi MM. Binet et Féré, (Les paralysies par suggestion, *Revue scientifique*, 12 juillet 1884).

Or, nous savons que, chez un hypnotique, quand on a provoqué l'état somnambulique, on peut, à volonté, produire des troubles de la motilité et de la sensibilité. C'est ainsi que, par suggestion, on peut produire une monoplégie brachiale qui présentera les mêmes caractères objectifs que l'on observe dans les paralysies psychiques. L'impuissance motrice est complète, absolue. La sensibilité a disparu dans toute l'étendue du bras, et ses limites supérieures sont absolument celles que nous avons notées chez les malades Pin... et Perc..., c'est-à-dire que l'anesthésie envahit toute l'épaule et gagne même en avant et en arrière, du côté de la poitrine. Cette anesthésie occupe le membre dans toute son épaisseur (peau, muscles, nerfs, tendons, surfaces articulaires). Il existe, comme chez les malades, une abolition complète du sens musculaire. Les réflexes du bras sont tantôt diminués, tantôt exagérés (1) avec trépidation spinale.

Mais au lieu de provoquer, par suggestion, une paralysie complète du bras, nous pouvons ne produire qu'une paralysie incomplète et la limiter à l'épaule. Dans ces conditions, le sujet ne peut plus remuer l'épaule, bien que les autres segments du membre restent libres. Alors, l'anesthésie recouvre l'épaule, et se termine vers la partie moyenne du bras, par une zone circulaire perpendiculaire à l'axe du bras. Si, poussant l'analyse plus loin, nous suggérons au sujet qu'il ne peut plus remuer le coude, que son coude est paralysé, nous voyons la paralysie gagner le coude et l'anesthésie descendre alors jusqu'à la partie

---

(1) MM. P. Richer et Gilles de la Tourette. — Note sur les caractères cliniques des paralysies psychiques expérimentales (paralysies par suggestion). *Progrès médical*, 29 mars 1884.

inférieure de l'avant-bras, où elle se termine également par une zone circulaire, un peu au-dessus du poignet. Or, cette tendance de l'anesthésie à se limiter par des zones circulaires, nous la retrouvons chez Perc..., dont la monoplégie brachiale avait respecté la main, et, plus tard, chez le même malade, lorsque, sous l'influence du traitement, les mouvements ont reparu dans l'articulation du coude.

Chaque fois que M. le Professeur Charcot a produit une paralysie par suggestion chez une hypnotique, cette paralysie s'accompagnait d'anesthésie ; de même que, dans tous les cas de paralysie traumatique psychique qu'il a observés, il y avait aussi de l'anesthésie. Cependant, les conditions mentales dans lesquelles se développent ces paralysies permettent de comprendre la possibilité d'une paralysie suggestive sans anesthésie de même que l'on peut observer des paralysies psychiques sans anesthésie (1).

Du reste, dans l'hypnotisme, on peut dédoubler ces deux états en persuadant au sujet que son membre est paralysé pendant qu'on lui fait remarquer qu'il est encore sensible.

Nous voyons donc qu'en somme les paralysies provoquées dans l'état somnambulique chez les hypnotiques présentent les mêmes caractères que les paralysies psychiques, avec cette différence que dans, le premier cas, nous les avons produites par suggestion verbale, tandis que chez les malades elles ont suivi le traumatisme. Or, cette différence même on peut la faire disparaître.

---

(1) Voir entre autres l'observation de S. Tschirieff (*Med. Wiestnik.* 1884). Parésie et contracture des extrémités sous l'influence de l'imagination, et *Revue de Hayem,* janvier 1884.

M. le Professeur Charcot, chez des hystériques hypnotisées, a reproduit la paralysie, « *non plus* cette fois au moyen d'une injonction, mais en faisant intervenir un agent analogue à celui qui a occasionné la monoplégie aussi bien chez Porc... que chez Pin... Il s'agit d'un choc appliqué sur la partie postérieure de l'épaule et déterminé tout simplement en frappant brusquement cette région à l'aide de la paume de la main.... Immédiatement, la malade tressaille, pousse un cri... accuse une sensation d'engourdissement de pesanteur, de faiblesse dans tout le membre supérieur. Il lui semble que le membre frappé ne lui appartienne plus, qu'il lui soit devenu étranger. Et aussitôt la paralysie se réalise » (1).

Il est à peine nécessaire d'ajouter ici que, de même qu'on peut, dans l'hypnotisme, provoquer des paralysies, de même on peut provoquer des contractures, des coxalgies offrant les mêmes caractères que nous avons reconnus aux contractures et coxalgies de cause psychique. (2)

Une seule chose diffère, c'est que les sujets en expérience, sont plongés dans le sommeil hypnotique, tandis que les malades paraissaient jouir d'une santé parfaite. Mais ces hypnotiques sont des hystériques et, d'autre part, nous savons que les sujets prédisposés aux accidents psychiques sont également des hystériques. Or, nous pouvons nous demander avec M. le Professeur Charcot, si l'état mental occasionné chez ces malades par l'émotion, par le choc nerveux *(nervous shok)* éprouvé au moment de l'accident, n'équivaudrait pas, dans une certaine mesure, à l'état cérébral que déterminent, chez les hystériques, les pratiques de l'hypnotisme.

---

(1) *Progrès médical*, 1885, p. 250.

(2) L'hypnotique chez lequel on a provoqué une coxalgie accuse même cette douleur du genou qu'on retrouve dans les coxalgies organiques et psychiques.

« Dans cette hypothèse (1), la sensation particulière accusée par nos femmes hystériques dans le membre soumis au choc, et qu'on peut supposer s'être produite au même degré et avec les mêmes caractères chez nos deux hommes en conséquence de la chute sur l'épaule, *cette sensation, dis-je, pourrait être considérée comme ayant fait naître, chez ceux-ci comme chez celles-là, l'idée d'impuissance motrice du membre.* Or, en raison de l'obnubilation du *moi* produite dans un cas par l'hypnotisme, dans l'autre cas, ainsi qu'on l'a imaginé, par le choc nerveux, cette idée une fois installée, fixée dans l'esprit et y régnant seule, sans contrôle, s'y serait développée et y aurait acquis assez de force pour se réaliser objectivement sous la forme de paralysie. La sensation dont il s'agit aurait donc joué dans les deux cas, le rôle d'une véritable suggestion (2). »

Un fait qui démontre encore plus le rapprochement que l'on peut faire entre l'état hypnotique et l'état psychique, c'est la possibilité de provoquer, à l'état de veille, chez certains sujets hypnotisables, des paralysies par suggestion, comme le fait remarquer M. le Professeur Bernheim, de Nancy (3). M. Bottey (4) a montré, en outre,

---

(1) M. Charcot. — *Progrès médical,* 1885, p. 250.

(2) En ce qui concerne les sensations produites par le choc, nos deux hommes sont incapables de nous renseigner. L'un d'eux, Pin..., a perdu, en tombant, connaissance un instant; l'autre, Porc..., assure être resté conscient. Ni l'un ni l'autre ne savent dire exactement ce qu'ils ont ressenti dans le membre affecté au moment de l'accident et les quelques jours qui ont suivi. On sait qu'au réveil, pour peu que l'hypnose ait été profonde, les sujets hypnotisés paraissent le plus souvent ignorer absolument les phénomènes qui, dans l'état de sommeil, ont été provoqués chez eux.

(3) Bernheim. — *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille,* 1884, p. 47.

(4) Bottey. — *Société de biologie,* 15 mars 1884.

que chez certains sujets qui n'ont jamais été soumis aux pratiques de l'hypnotisme, on peut provoquer des paralysies par suggestion. M. le Professeur Charcot, chez une hystéro-épileptique, a démontré que l'on pouvait, à l'état de veille par simple traumatisme, reproduire les paralysies, les contractures que nous avons étudiées plus haut dans l'état psychique. Je crois indispensable de reproduire ce passage des leçons de ce savant maître parce qu'il est le couronnement de tout ce que nous venons de dire et parce qu'il démontre expérimentalement l'identité des phénomènes hypnotiques et psychiques.

« Il est des sujets, et peut-être sont-ils plus nombreux qu'on ne le pense, chez qui la plupart des manifestations tant psychiques que somatiques de l'hypnotisme, peuvent se rencontrer à l'état de veille sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir les pratiques d'hypnotisation. Il semble que l'état hypnotique qui, pour d'autres, est un état artificiel, soit pour ces singulières créatures, l'état ordinaire, l'état normal, si tant est qu'en pareille circonstance, il puisse être question d'état normal. Ces gens-là, passez-moi le mot, *dorment*, alors même qu'ils semblent parfaitement éveillés; ils procèdent, en tous cas, dans la vie commune ainsi que dans un songe, plaçant sur le même plan la réalité objective et le rêve qu'on leur impose, ou tout au moins, entre les deux, ils ne font guère la différence. J'ai fait placer sous vos yeux, à titre d'exemple, un sujet de ce genre : il s'agit d'une hystéro-épileptique bien connue de vous par nos études antérieures, la nommée Hab... (1). Elle est atteinte depuis de longues

(1) J.-M. CHARCOT. — *Lezioni cliniche*, etc., Redatte dal Dr Miliotti, *Lez* XX .., p. 159. *Dello stato di malo istero-epilettico.*

années d'anesthésie généralisée, complète, permanente et chez elle, les attaques répondent de tout point au type classique. Vous voyez qu'ici, bien qu'on n'ait employé aucune manœuvre d'hypnotisation, par conséquent à l'état de veille, nous pouvons obtenir à la fois et la contracture par la pression exercée sur les masses musculaires, les tendons ou les troncs nerveux (contracture des léthargiques), et l'immobilité cataleptique des membres placés dans les attitudes les plus diverses, et aussi à l'aide de légers frottements ou de mouvements à distance, la contracture somnambulique. Tous ces phénomènes somatiques se trouvent donc chez ce sujet en quelque sorte mélangés, coexistant au même moment, sans distinction de périodes contrairement à ce qui a lieu dans le grand hypnotisme. Mais au point de vue psychique, ce sont évidemment les caractères de l'état somnambulique qui dominent. *Eh bien ! si*, *opérant par suggestion verbale*, *nous affirmons à cette malade*, *non endormie je le répète*, que son bras est paralysé, qu'elle ne peut plus le mouvoir, volontairement, nous voyons immédiatement se produire effectivement la monoplégie flasque, douée de tous les caractères que nous avons appris à connaître; après quoi la simple affirmation qu'elle peut mouvoir son bras, tout à l'heure paralysé, suffit pour que les mouvements volontaires se rétablissent. Enfin, et c'est là le point qui nous intéresse spécialement en ce moment par la mise en jeu de cette espèce de *suggestion traumatique* dont je vous ai rendus témoins il y a un instant et qui consiste en un choc brusquement appliqué sur l'épaule, vous voyez immédiatement le membre se paralyser de nouveau. Cette fois, l'identité entre la monoplégie artificiellement produite et la monoplégie survenue chez Porc... et chez

Pin..., en conséquence d'un traumatisme, n'est plus guère contestable, ce me semble; tant au point de vue symptomatologique qu'au point de vue pathogénique, elle est parfaite ou peu s'en faut, car ni dans un cas ni dans l'autre l'hypnotisation n'est intervenue; tout s'est fait à l'état de veille. La démonstration, si je ne me trompe est suffisamment probante et je ne crois pas que dans une recherche quelconque de physiologie pathologique expérimentale, il soit souvent possible de reproduire plus fidèlement l'affection que l'on s'est donné pour but d'étudier » (1).

L'analyse clinique nous permet donc maintenant de comprendre l'état mental de nos malades. Il est caractérisé par un affaiblissement des facultés supérieures de l'intelligence, que l'on désigne sous le nom de facultés coordinatrices, la volonté, le jugement, l'attention, par une obnubilation plus ou moins complète de la conscience, qui livrent les centres psychiques aux caprices des facultés imaginatives et aux idées erronées qui règnent sans contrôle.

Chez nos malades, c'est le traumatisme ou l'émotion qui ont développé cet état mental que certaines manœuvres provoquent chez l'hypnotique. Et, dans ces conditions, si une idée de paralysie ou de douleur prend naissance dans le centre psychique, elle s'y fixe, elle s'impose au sujet, et finit bientôt par se transformer en véritable paralysie ou en véritable douleur.

---

(1) M. Charcot. — Des paralysies psychiques, leçon recueillie par MM. Marie, chef de clinique et Guinon, interne. *Progrès médical*, 3 octobre 1885.

IV.

Mais comment s'accomplit cette transformation, comment une idée de paralysie peut-elle devenir paralysie motrice?

Avec M. le Professeur Charcot, avec la plupart des psychologistes modernes, nous admettrons que, pour que l'idée du mouvement se transforme en mouvement, pour qu'un mouvement volontaire s'exécute, il est absolument indispensable que, préalablement, l'image, la reproduction du mouvement à exécuter naisse dans le cerveau. « Si l'idée (1) tend à produire le fait, dit M. Bain (2), c'est que l'idée est déjà le fait, sous une forme plus faible. Penser, c'est se retenir de parler ou d'agir. » « Dans l'acte volontaire, dit M. H. Spencer (3), nous ne pouvons rien trouver de plus qu'une représentation mentale de l'acte, suivie de son accomplissement, une transformation de ce changement psychique naissant, qui constitue à la fois la tendance à l'acte et l'idée de l'acte, en un changement psychique positif qui constitue l'accomplissement de l'acte, en tant qu'il est mental. La différence entre un mouvement volontaire et un mouvement involontaire de la jambe, c'est que tandis que le mouvement involontaire se produit sans aucune conscience antécédente du mouvement à faire, le mouvement volontaire ne se produit qu'après qu'il a été

---

(1) Toutes ces citations sont extraites de l'appendice mis par M. Charcot à la suite de ses Leçons sur les paralysies psychiques. *Progrès médical*, 3 octobre 1885.

(2) M. Bain. — *Les sens et l'intelligence*, trad. Cazelles, 1874, p. 298.

(3) H. Spencer. — *Principes de psychologie*, t. I, trad. Ribot et Espinas, p. 539.

représenté dans la conscience. Et comme cette représentation n'est rien autre chose qu'une forme faible de l'état psychique qui accompagne le mouvement réel, elle n'est rien autre chose qu'une excitation naissante de tous les nerfs affectés à cette fonction, qui précède leur excitation actuelle (1). »

Cette représentation motrice, cette image du mouvement à exécuter, se produit, se localise dans les cellules nerveuses des centres moteurs, c'est-à-dire dans les cellules nerveuses des deux circonvolutions frontale et pariétale ascendantes de la face externe et dans le lobule paracentral qui les continue sur la face interne, de sorte que nous comprenons parfaitement le mode de production de l'impuissance motrice dans les cas de destruction de ces cellules consécutivement à une lésion de ces circonvolutions motrices (thrombose ou embolie).

« J'ai été conduit à admettre, dit M. le Professeur Charcot, avec bon nombre d'auteurs, que les représentations motrices qui précèdent l'accomplissement d'un mouvement volontaire, s'effectuent dans les centres moteurs corticaux, où elles trouvent leur *substratum* organiqne, et plus précisément, dans les cellules nerveuses motrices de ces centres ; elles seraient principalement constituées par le « sentiment d'innervation », de « décharge nerveuse », comme on l'appelle encore, et auraient, je le répète, une origine centrale. »

« Les actions mentales, dit M. Bain (2), s'accom-

(1) Voir aussi, à ce sujet, les recherches dynamométriques de M. Féré, qui démontrent expérimentalement que l'idée du mouvement, c'est déjà le mouvement qui commence. *Revue philosophique*, octobre 1885, Sensation et mouvement.

(2) *Loc. cit.*, p. 305.

plissent dans les mêmes cercles (centres ?) que les actions psychiques..... Il suffit d'ordonner une volition pour les porter au point où elles mettent en jeu les muscles. » ..... « Comme les nerfs reçus par les muscles sont principalement des nerfs moteurs qui y conduisent le stimulus émané du cerveau....., nous ne pouvons mieux faire que de supposer que la sensibilité concomitante du mouvement musculaire coïncide avec le courant centrifuge de la force nerveuse, et ne résulte pas, comme dans la sensation proprement dite, d'une influence transmise par les nerfs centripètes » (1).

« D'après Wundt (2), le siège des sensations de mouvement ne paraît pas être dans les muscles, mais bien dans les cellules nerveuses motrices..... Nous n'avons pas seulement la sensation d'un mouvement exécuté, mais celle d'un mouvement à exécuter. La sensation du mouvement est donc liée à l'innervation motrice, c'est pourquoi nous l'appelons sentiment d'innervation *(innervations gefühl).* »

« M. H. Jackson (3) adhère à l'idée de Bain, Wundt et autres, que notre « conscience de l'activité musculaire » est, en grande partie, initiale, centrale et réalisable, dans les centres moteurs. »

« Suivant M. Maudsley (4), il paraît que c'est dans la partie frontale des circonvolutions (centres moteurs corticaux), que sont emmagasinés les résidus des sensations musculaires, dont nous tirons nos intuitions motrices... »

(1) M. Bain. — *Loc. cit.*, p. 59.

(2) M. Wundt. — Physiologie, trad. française, p. 447.

(3) H. Jackson. — (*Clinical and phisiol rexarches on the nervous system 1876*, p. XX — XXXVII).

(4) Maudsley. — (*Physiolog. de l'esprit*, trad. Herzen, p. 249, 250).

« Les parties de la surface du cerveau qui agissent comme centres moteurs, sont le siège... de la conception du dégré et de la qualité de l'innervation musculaire, c'est-à-dire de ce qu'on a appelé inductions musculaires. » Voici enfin comment, sur ce même sujet, s'exprime M. Ferrier (1). « De la même manière que les centres sensitifs forment la base organique de la mémoire des impressions sensitives et le siège de leur résurrection idéale, de même les centres moteurs des hémisphères, outre qu'ils sont le siège de mouvements différenciés, sont aussi la base organique de la mémoire des mouvements correspondants, et le siège de leur réexécution ou reproduction idéale. Nous avons ainsi une mémoire sensitive et une mémoire motrice, des idées sensitives et des idées motrices ; les idées sensitives étant des sensations ravivées, et les idées motrices étant des mouvements ravivés ou idéaux. Les mouvements idéaux ne forment pas un élément moins important de nos processus mentaux que les sensations ravivées d'une façon idéale. — Contrairement aux vues qui viennent d'être exprimées, M. Bastian *(Le Cervèau organe de la pensée*, t. II, 1882, pp. 209; 165 et *appendice)* émet l'opinion que « les centres moteurs où qu'ils soient situés, sont des parties dont l'activité paraît absolument libre de phases subjectives concomitantes : Il ne semble pas que des reproductions idéales aient jamais lieu dans ces centres... » « C'est le changement de conditions du muscle excité et des parties contiguës, changement occasionné par le mouvement, qui engendre un groupe d'impressions centripètes dont le terminus est le centre kinesthétique (centre

(1) M. Ferrier. — (*Fonctions of the Brain, cap. XI*).

du sens du mouvement)... Celui-ci est donc un véritable centre sensitif, et des *mouvements idéaux* peuvent être ravivés en lui, soit isolément, soit associés à des impressions visuelles qui s'y rapportent... Cela ne saurait produire que la plus grande confusion, si l'on attribue l'activité de ce centre sensitif à celle des centres moteurs... Le substratum cérébral de l'esprit ne comprend donc en aucune manière les processus qui ont lieu dans les centres moteurs du cerveau, où qu'ils puissent être situés. En d'autres termes, on ne peut regarder légitimement les opérations mentales comme étant en partie immédiatement dues à l'activité des centres moteurs. »

Quant aux notions fournies par le *sens musculaire* (sens kinesthétique de Bastian), elles résulteraient des impressions venant de la périphérie, de la peau, des muscles, des apophyses, des tendons, des surfaces articulaires, et ces impressions s'emmagasineraient dans les centres sensitifs corticaux où pourrait avoir lieu leur rappel idéal.

« Seules, les premières de ces représentations (1) seraient véritablement indispensables à la mise en jeu du mouvement voulu ; les secondes interviendraient, en général, seulement d'une façon consécutive, mais très efficacement cependant, en complétant, dirigeant, perfectionnant pour ainsi dire, le mouvement déjà en voie d'exécution. On sait d'ailleurs par de nombreux exemples que l'image visuelle d'un mouvement volontaire qui s'exécute, contribue puissamment à ce dernier résultat. D'après cela, si les représentations soit kinesthétiques, soit visuelles persistant, les représentations motrices

(1) M. Charcot. — *Progrès médical*, octobre 1885, p. 254, appendice.

proprement dites venaient à faire défaut, en conséquence d'une lésion survenue dans les cellules nerveuses du centre moteur cortical d'un membre, ou dans les prolongements qui les mettent en rapport avec les centres d'idéation, il s'en suivrait nécessairement une paralysie complète des mouvements volontaires de ce membre. Dans un livre oublié qui m'a été obligeamment signalé par mon éminent confrère, M. le Professeur Janet, Rey Regis, docteur en médecine de la Faculté de Montpellier, avait déjà, en 1789, reconnu l'existence de paralysies motrices dépendant de la perte du *souvenir de la force motrice*, causée par la lésion de certaines parties du cerveau. (*Histoire naturelle de l'âme*, Londres 1789, p. 26 à 28). On comprendrait par ce qui précède que la suggestion d'impuissance motrice puisse, ainsi qu'on l'a dit (p. 249), déterminer chez quelques sujets, une paralysie motrice complète sans accompagnement d'un trouble quelconque de la sensibilité cutanée ou profonde, et plus particulièrement sans perte aucune des notions fournies par le sens musculaire. Mais souvent, comme nous l'avons fait remarquer, la suggestion de ce genre, en tant du moins qu'elle s'adresse à des hystériques préalablement hémianesthésiques et qu'elle ne s'accompagne d'aucune injonction relative à la sensibilité, cette suggestion, dis-je, est suivie, d'après nos observations, non seulement de la paralysie du mouvement, mais encore de la perte de la sensibilité dans tous ses modes, y compris les notions du sens musculaire. On pourrait dire que, dans ce dernier cas, la paralysie de l'appareil fondamental du mouvement volontaire entraîne avec elle, en quelque sorte, la paralysie de l'appareil de perfectionnement. Il est vraisemblable, de plus, que dans ces faits de paralysie

par suggestion hypnotique, comme dans bon nombre de cas de paralysie hystérique avec flaccidité reconnaissant d'ailleurs peut-être également un point de départ psychique, les noyaux gris sous-corticaux et bulbaires ainsi que les cellules nerveuses spinales qui, dans l'état normal, sont en relation directe ou indirecte avec les centres corticaux moteurs, peuvent être affectés plus ou moins profondément, en conséquence d'une diffusion de la lésion de ces centres. C'est ce dont paraissent témoigner et la perte des mouvements automatiques quelle que soit leur origine et aussi l'abolition ou la diminution des actes d'ordre purement réflexe, qui, en pareille occurrence, s'ajoutent à la paralysie des mouvements volontaires.

..... « A l'appui de cette théorie, on peut rappeler ce qui s'observe chez certains sujets, hystériques pour la plupart, qui, privés de tous les modes de la sensibilité dans un membre, ont conservé cependant en grande partie la faculté de mouvoir ce membre librement, alors même qu'ils ne peuvent avoir recours, les yeux étant fermés, à l'influence à la fois directrice et dynamogène de l'image visuelle du mouvement. Notre malade Pin... offre aujourd'hui un bel exemple du genre. Chez lui, comme on l'a vu, la sensibilité cutanée et la sensibilité profonde sont complètement éteintes dans toute l'étendue du membre supérieur gauche, et lorsque ses yeux sont fermés il ne possède aucune notion des mouvements passifs imprimés aux divers segments de ce membre, non plus que de la position que ceux-ci affectent. Les yeux étant ouverts, les mouvements volontaires généraux et partiels du membre, tant pour la variété que pour la précision, présentent tous les caractères de l'état normal.

Ces mouvements persistent, en grande partie, lorsque les yeux sont fermés, seulement ils sont plus incertains, comme hésitants, *nullement incoordonnés* toutefois : ils s'opèrent, en un mot, comme à tâtons. Pin... peut encore, les yeux clos, diriger ses doigts avec une certaine précision vers son nez, sa bouche, son oreille, ou encore vers un objet placé à distance et réussir à atteindre le but. Il le manque cependant le plus souvent; il ne peut, en général, lorsqu'on l'y invite, fléchir un de ses doigts isolément; habituellement tous les doigts se fléchissent alors simultanément. Parfois il ne sait dire s'il a oui ou non fléchi son poignet, etc., etc. Je ne parle pas de la pression dynamométrique qui, pour la main, accuse par exemple 30 k., lorsque les yeux sont ouverts, tandis qu'elle donne seulement 15 k. lorsqu'ils sont clos. Ces modifications qui se produisent dans l'exercice des mouvements, chez les malades de ce genre, lorsque le concours des représentations kinesthétiques et visuelles est supprimé, nous permettent de discerner jusqu'à un certain point en quoi consiste normalement le jeu de l'appareil fondamental des mouvements volontaires. Par contre, l'étude des cas de paralysie psychique portant uniquement sur le mouvement, fera reconnaître le rôle vraiment secondaire, tout important qu'il soit, des représentations visuelles et kinesthétiques, dans l'accomplissement normal des mouvements volontaires. Peut-être, d'ailleurs, existe-t-il, à l'état normal, des variétés à cet égard. Il est possible, en effet, qu'au moment où il s'agit d'exécuter un mouvement prémédité, les uns éveillent exclusivement les représentations motrices proprement dites, d'autres les représentations kinesthétiques ou visuelles; d'autres, enfin, mieux doués sous ce rapport que les précédents, tantôt l'une, tantôt l'autre de ces repré-

sentations ou encore les deux à la fois. Des différences dans l'éducation, l'habitude ou la prédisposition héréditaire peuvent rendre compte de ces variétés. On comprendrait par là qu'une lésion de même nature, de même étendue et de même localisation puisse, chez divers sujets, se traduire par des phénomènes cliniques différents, suivant qu'il s'agira d'individus appartenant à l'une ou à l'autre de ces catégories. »

Maintenant que nous connaissons comment l'idée de mouvement se transforme en mouvement, et comment, par conséquent, l'idée de douleur peut se transformer en douleur, nous allons comprendre facilement le mécanisme des paralysies et des affections douloureuses de cause psychique.

Pour la douleur, nous nous expliquons facilement son mode de production. Nous avons dit plus haut que ce qui caractérise l'état mental de nos malades, comparables en cela aux hypnotiques, c'est l'exaltation, dans certains cas, de l'excitabilité réflexe idéo-sensitive. Lorsque le malade se trouve dans cette disposition psychique, il suffit d'un choc produit n'importe où, par exemple, pour que la douleur, si légère qu'elle soit, transmise, par les nerfs sensitifs aux centres sensitifs cérébraux correspondants, fasse naître l'idée de douleur, qui, s'extériorisant, peut donner le change avec les affections douloureuses si nombreuses que nous avons signalées plus haut.

Quant au siège cérébral des centres sensitifs, nos connaissances à ce sujet sont encore imparfaites, mais il résulte des recherches de MM. Exner, Pétrina, Tripier et, plus récemment, de M. Starr (1), que les centres sensi-

---

(1) Charcot et Pitres. — Etude critique et clinique de la doctrine des

tifs occupent les mêmes zones que les centres moteurs correspondants, avec cette différence, cependant, qu'ils s'étendent en arrière, vers les parties adjacentes du lobe pariétal.

La paralysie résulte d'un phénomène d'inhibition produit sur les centres moteurs corticaux par l'idée de paralysie (1). Il s'agit donc là d'un trouble fonctionnel, dynamique, dont la localisation cérébrale dépend du siège périphérique du traumatisme ou de la lésion qui a provoqué l'émotion. Le trouble dynamique des cellules cérébrales corticales produit les mêmes effets que la destruction de ces cellules par ramollissement ou hémorrhagie. Ce trouble dynamique peut porter sur la portion moyenne de la frontale et de la pariétale ascendantes et se manifester par les signes objectifs de la monoplégie brachiale. La lésion peut diffuser par en haut et provoquer une hémiplégie, mais, chose curieuse et sur laquelle nous avons insisté déjà, c'est que, jamais, dans les cas de monoplégie ou d'hémiplégie psychiques, le trouble fonctionnel n'atteint le pied des deux frontale et pariétale ascendantes, de sorte que l'on n'observe pas de paralysie faciale.

---

localisations motrices dans l'écorce des hémisphères cérébraux de l'homme. *Revue de médeciue*, 1883, Nos 5, 6, 8 et 10.

G. Ballet. — Le faisceau sensitif et les troubles de la sensibilité dans les cas de lésions cérébrales. *Archives de neurologie*, t. IV, 1882, et Thèse de Paris, 1881, p. 67. — Article *sensibilité* du *Dictionnaire encyclopédique*.

Allen Starr. — Cortical lesions of the Brain, a collection and analysis of the american cases of localised cerebral disease, p. 48 et 49. *The american Journal of the medical sciences* (extrait), 1884. — The sensory tract in the central nervous system, p. 78. Reprinted from the *Journal of nervous and mental-diseases*. Vol. VI, No 3, july 1884.

(1) Brown-Séquard. — Recherches expérimentales sur l'inhibition et la dynamogénie. Application des connaissances fournies par ces recherches aux phénomènes principaux de l'hypnotisme, de l'extase et du tranfert. *Gazette hebdomadaire*, 1882.

Dans certains cas, l'inhibition peut porter sur la partie postérieure de la troisième frontale et occasionner du mutisme absolument comme la lésion destructive des cellules corticales de cette région produit l'aphasie.

Nous avons vu, dans nos observations, que presque toujours la paralysie psychique se compliquait d'anesthésie. Cette anesthésie tient certainement à une diffusion du trouble fonctionnel sur les centres sensitifs correspondants aux centres moteurs. Or, les recherches de M. Starr nous ont appris que ces centres sensitifs sont superposés aux centres moteurs. Mais ce phénomène de diffusion, quoique très fréquent, nous permet de comprendre pourquoi, dans certains cas, on peut observer des paralysies psychiques sans anesthésie. Enfin, la diffusion peut gagner plus loin jusqu'aux cellules nerveuses spinales, et ce fait explique l'absence de réflexe et d'opportunité de contracture chez ces paralytiques.

Quant aux contractures, nous nous expliquons également bien leur mécanisme chez les sujets exposés aux affections psychiques ; nous dirons même que nous ne comprenons pas comment on ne les observe pas plus fréquemment. Il est bon de remarquer cependant qu'elles sont signalées plus souvent que les paralysies et les affections douloureuses comme accidents consécutifs aux collisions de chemin de fer.

Et, en effet, nos psychiques sont des hystériques, et M. le Professeur Charcot a signalé cette disposition à la contracture, cette sorte de diathèse de contracture (1) qui peut être mise en jeu par un traumatisme banal chez

(1) J.-M. Charcot. — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, fascicule, page 104.

certains sujets : « J'avais observé depuis longtemps, dit M. Charcot, que certaines hystériques, à la suite d'un mouvement busque, en jetant une pierre, par exemple, restaient avec le bras en contracture. Nous pouvons reproduire le même phénomène sur la nommée M.... (hystéro-épileptique) que je vous présente : vous me voyez, en redressant brusquement le pied, déterminer un pied-bot équin qui ne cédera qu'à un massage prolongé.

« Remarquez que cette contracture se produit à l'état de veille, et qu'elle se présente avec la même intensité que celle que nous avons provoquée grâce à l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, dans le sommeil hypnotique. » Dans d'autres cas, en frappant avec un marteau à percussion, à petits coups répétés sur les fléchisseurs des doigts au niveau du poignet, on voit la main et les doigts se placer dans une flexion exagérée et rester fixés en contracture.

L'observation suivante de M. Debove (1), est encore un exemple curieux de la disposition à la contracture que l'on observe chez certains névropathes.

G..., âgé de 23 ans, père bien portant, la mère a eu de fréquentes attaques d'hystérie, sa sœur est très nerveuse, son frère a eu quelques hémoptysies.

A l'âge de 16 ans, G... commença à mener une existence irrégulière, veillant tard, jouant, et abusant des plaisirs de l'amour. Sous l'influence de ces fatigues, il s'affaiblit, devint anémique et présenta des accidents nerveux ; il était très irritable et entrait dans de violentes colères pour des motifs futiles.

Un jour, *à la suite d'une discussion vive avec son frère*, il saisit ce dernier par le collet de l'habit, mais

---

(1) M. Debove. — *Société médicale des Hôpitaux*, 1882.

ses doigts se fermèrent convulsivement, il ne put les ouvrir et garda plus d'une heure l'étoffe qu'il serrait ainsi ; puis, subitement, ses doigts se détendirent. Pendant tout ce temps, les mâchoires furent serrées convulsivement et il ne put les ouvrir.

A la suite d'une attaque de nerfs, il resta trois mois au lit et il eut une douzaine de nouvelles attaques..... »

M. le Professeur Charcot a pu, chez des hystériques, reproduire avec l'électrisation localisée par la méthode de Duchesne (de Boulogne) les variétés de contractures de la main que nous avons signalées plus haut. C'est ainsi qu'il a pu reproduire la déformation de la main-bot que nous avons décrite chez la jeune fille de 16 ans : « Je vous présente, dit M. le professeur Charcot (1) la nommée Bl... hystéro-épileptique hémianesthésique gauche. Nous avons marqué un point noir en dedans du tendon du cubital antérieur : c'est le point d'élection pour la faradisation du nerf cubital au niveau du poignet. Vous voyez que la faradisation produit une *griffe cubitale partielle* qui rappelle celle de notre malade, et dans laquelle les interosseux et l'adducteur du pouce entrent seuls en jeu. Si, au contraire, nous excitons le cubital au niveau de sa gouttière au coude, nous déterminons une *griffe cubitale totale*, avec flexion des deux derniers doigts : ce dernier mouvement étant dû à l'action de la partie cubitale du fléchisseur profond.

Ces mêmes faits sont plus facilement étudiés encore chez les sujets que l'on peut plonger dans la léthargie hypnotique. Nous pouvons, en effet, profiter de l'hype-

---

(1) J.-M. Charcot. — *Leçons sur les maladies du système nerveux* t. III page 102.

rexcitabilité neuro-musculaire dont sont doués ces sujets, pour provoquer les mêmes mouvements, en irritant le nerf avec un corps dur quelconque, avec un simple bâton sans faradisation. L'avantage, dans ce mode d'expérimentation, c'est que ces mêmes attitudes sont permanentes, comme vous le voyez sur cette malade, chez laquelle vous nous voyez produire par simple attouchement du cubital au niveau du poignet, la griffe interosseuse; ou si nous voulons agir au niveau de la gouttière du coude, la griffe cubitale totale. Après avoir ramené la griffe interosseuse, vous nous voyez reproduire exactement la déformation de notre malade en excitant le muscle opposant dans la paume de la main. Je vous ferai remarquer que sur ce sujet hyperexcitable, la main contracturée en flexion, présente tous les caractères de la contracture spasmodique ; l'attitude est fixe, les fléchisseurs et les extenseurs entrent en jeu, il y a donc une action évidente de la moelle. »

Or, cette action de la moelle existe aussi chez nos sujets dont l'état mental, au moment du traumatisme, est comparable à l'état mental des hypnotiques. Dans ces conditions, les fonctions cérébrales sont sinon abolies, du moins fortement affaiblies, et le sujet se trouve, au point de vue des réflexes, dans les mêmes conditions que l'animal décapité. Les propriétés réflexes de la moelle sont exagérées et c'est manifestement sous l'influence de cette exaltation que se produit la contracture brusque, subite, de nos malades. Nous rappelons ici que si, dans tous les cas de traumatisme, il ne se produit pas de la contracture, si, dans certains cas, on observe de la paralysie, cela tient, comme nous l'avons dit plus haut, à ce que le trouble dynamique produit par inhibition a diffusé jusqu'aux cellules des cornes antérieures de la moelle et,

par conséquent, supprimé cet état d'hyperexcitabilité qui crée la diathèse de contracture.

Pour terminer ce chapitre, nous signalerons en quelques mots l'hypothèse émise, dans une thèse récente, par M. Batault, pour expliquer la nature des troubles dynamiques de la cellule cérébrale dans l'hystérie (1). On sait que Hœckel *(Essais de psychologie cellulaire)* désigne sous le nom de plastidules, les dernières particules vivantes en lesquelles se réduit la molécule organique. Or, tous les processus biogénétiques qui se passent dans la cellule vivante tiennent au mouvement ondulatoire, rhythmique des plastidules. La périgénèse est la cause première de ces mouvements ondulatoires, rhythmiques. Or, pour M. Batault, la lésion dynamique, fonctionnelle, qui occasionnerait tous les troubles moteurs et sensitifs d'origine psychique, tiendrait à un rhythme anormal de ces mouvements plastidulaires dans les différents territoires de l'encéphale. Je n'insiste pas sur cette hypothèse transformiste, mais j'ai cru devoir la signaler à cause de l'autorité de Hœckel qui l'a émise le premier.

---

(1) Dr Emile Batault. — *Contribution à l'étude de l'hystérie chez l'homme.* Thèse Paris, 1885.

V.

Conséquences pratiques.

PRONOSTIC.

Le pronostic des affections psychiques, est, en somme, celui des accidents de l'hystérie.

Ces accidents peuvent guérir très rapidement. Leur disparition peut être aussi brusque que leur début. Quelquefois c'est une émotion vive qui les guérit, la crainte, la frayeur, une réprimande sévère, etc..., la foi en un remède secret, en une puissance surhumaine etc.

Mais dans certains cas, la maladie a une durée plus longue. Elle peut résister des mois et des années aux traitements les plus intelligents. Nous avons déjà insisté sur les faits de ce genre. Nous y reviendrons plus loin, au chapitre du traitement.

Des considérations d'une autre nature doivent nous arrêter un instant. On a pu voir que le diagnostic différentiel entre une affection organique et une affection psychique exige une grande attention et n'est pas toujours facile. Avant les savantes recherches de M. le Professeur Charcot, à ce sujet, on comprend l'embarras dans lequel devaient souvent se trouver les médecins les plus capables.

Un homme, un père de famille, est victime d'un accident de chemin de fer, et quelques jours, quelques semaines après cet accident, il est complètement paralysé d'un membre, ou atteint d'une affection de la hanche qui le rend absolument impotent et ne lui permet plus de travailler pour subvenir aux besoins de sa famille. De quelle nature est cette affection ? Tient-elle à une névrite,

à une lésion cérébrable, ou bien est-ce une arthrite traumatique ?

Naturellement, l'histoire du terrible accident dont le malade a été victime, la nature des symptômes, et surtout ce fait bien démontré qu'avant l'accident notre homme jouissait de la santé la plus parfaite, font naître dans l'esprit l'idée que l'affection tient à une lésion grave des centres nerveux ou de la jointure. On renseigne la famille et on lui fait entrevoir que la maladie est incurable et que le malade est atteint d'une infirmité plus ou moins grave.

Si, dans bon nombre de circonstances, une erreur de diagnostic n'a point d'influence sur la marche de la maladie et n'empêche pas le malade de guérir, il n'en est pas de même dans les affections psychiques.

Notre homme, justement effrayé du sombre pronostic porté par son médecin, pense de plus en plus à sa triste situation, à sa paralysie ou à sa coxalgie

Quelquefois même les nombreux et douloureux traitements auxquels on soumet le malade, sans résultat, ne font que le confirmer dans l'idée qu'il est atteint d'une affection incurable, et dès lors la maladie ne fait qu'augmenter et réalise les sombres prévisions du médecin.

Ces erreurs de diagnostic ne sont pas rares, et le Dr Charlton, de Newcastle, avoue lui-même s'être complétement trompé dans plusieurs cas et avoir délivré des certificats par lesquels il attestait que des individus victimes d'accidents de chemin de fer étaient très gravement blessés, alors que les dommages une fois payés, ces individus guérissaient. Il raconte même avoir vu, avec plusieurs de ses collègues, un blessé chez lequel la paralysie était survenue subitement. Or, le soir même du jour où il touchait les dommages qui lui étaient accordés par la

compagnie, il monta à cheval et fit le tour de sa ferme. Depuis lors il a continué à se bien porter.

Dans d'autres circonstances, au contraire, le médecin a reconnu la nature de l'affection; il a rejeté l'idée d'une lésion organique, mais il a été trop loin dans ses conclusions, en regardant le malade comme un simulateur. C'est ce qui est arrivé pour cet homme atteint de coxalgie qui a fait le sujet des leçons de M. le Professeur Charcot. Examiné par un chirurgien éminent, les conclusions tirées des résultats de l'examen ont été les suivantes : « 1° Il n'existe pas chez ce sujet de traces d'une affection organique de la jointure; 2° Cet individu, très vraisemblablement, est un simulateur. » « A cette dernière partie des conclusions, ajoute M. Charcot, nous ne saurions évidemment souscrire.

Très certainement la coxalgie organique n'existe pas chez notre malade, cela est bien établi; mais il existe chez lui une coxalgie hystérique, *sine materiâ*, comme vous voudrez l'appeler. Or, toute dynamique qu'elle soit, la maladie est parfaitement légitime, parfaitement réelle, et rien, absolument rien, ne saurait nous autoriser à taxer notre homme de simulation » (1).

La cause principale des erreurs de diagnostic et d'interprétation, c'est la difficulté que l'on a à se faire à l'idée de l'hystérie chez l'homme et surtout de l'hystérie localisée, ou des accidents locaux de l'hystérie.

« On concède (2) qu'un jeune homme efféminé puisse, après des excès, des chagrins, des émotions profondes, présenter quelques phénomènes hystériformes ; mais qu'un artisan vigoureux, solide, non énervé par la

(1) M. Charcot. — Coxalgie traumatique hystérique. — *Progrès médical*, 30 janvier 1886.

(2) M. Charcot. — *Progrès médical*, 2 mai 1885.

culture, un chauffeur de locomotive, par exemple, nullement émotif auparavant, du moins en apparence, puisse, à la suite d'un accident de train, d'une collision, d'un déraillement, devenir hystérique, au même titre qu'une femme ; voilà, paraît-il, qui dépasse l'imagination. Rien n'est mieux prouvé, cependant, et c'est une idée à laquelle il faudra se faire. Cela viendra, comme pour tant d'autres propositions qui sont aujourd'hui établies dans tous les esprits, à l'état de vérités démontrées, après n'avoir rencontré, pendant longtemps, que le scepticisme et souvent l'ironie..... D'autres reconnaîtront volontiers ou même affirmeront qu'il ne peut être question dans ces cas d'une affection organique, mais simplement d'une lésion dynamique ; mais en présence de symptômes dont la ténacité ne se concilie pas avec le schéma qu'ils ont dans l'esprit, de l'hystérie, ils penseront qu'il s'agit là d'une maladie spéciale, non encore décrite, et qui mérite une place à part.

Une erreur de ce genre nous paraît avoir été commise par MM. Oppenheim et Thomsein (de Berlin) (1), dans un mémoire qui contient d'ailleurs un grand nombre de faits intéressants et bien observés, sinon toujours bien interprétés, du moins à ce que nous croyons. Ces messieurs ont observé l'hémianesthésie sensitive et sensorielle dans sept observations analogues à celles de MM. Putnam et Walton. Il s'agit, dans ces cas, de chauffeurs, de chefs de train, d'ouvriers, victimes d'accidents de chemin de fer ou d'autres accidents, et ayant subi soit un choc sur la tête, soit une commotion ou un ébranlement général. L'alcoolisme, le saturnisme ne sont pas en jeu dans ces

---

(1) *Arch. de Wesphal.* Bd. XV. Heft. 2 et 3.

cas, et l'on reconnaît que, selon toute vraisemblance, il n'existe pas, chez ces sujets, de lésion organique. Voilà donc des malades tout à fait semblables à ceux de MM. Putnam et Walton ; mais, contrairement à ces derniers, les auteurs allemands ne veulent pas reconnaître qu'il s'agit ici de l'hystérie. Pour eux, c'est quelque chose de particulier, je ne sais quel état pathologique non encore décrit, qui demande à prendre une place non encore occupée dans les cadres nosologiques....

« Tout récemment, dit M. le Professeur Charcot (1), l'hystérie mâle a été étudié en Amérique, par MM. Putnam et Walton (2), principalement à la suite des traumatismes et plus spécialement des accidents de chemin de fer. Ils ont reconnu, avec M. Page, qui s'est également occupé de cette question en Angleterre (3), que beaucoup de ces accidents nerveux désignés sous le nom de *Railway-Spine* et qui, d'après eux, seraient mieux appelés *Railway-Brain*, sont, en somme, qu'il s'agisse de l'homme ou de la femme, simplement des manifestations hystériques. On comprend dès lors l'intérêt que prend une pareille question dans l'esprit pratique de nos confrères d'Amérique. Les victimes des accidents de chemin de fer demandent tout naturellement des dommages-intérêts aux compagnies. On plaide ; des milliers de dollars sont dans la balance. Or, je le répète, souvent c'est l'hystérie qui est en jeu. Ces états nerveux, graves et tenaces qui se présentent à la suite des « collisions » de ce genre et qui mettent les victimes dans l'impossibilité de se rendre

---

(1) *Progrès médical,* 2 mai 1885.

(2) J. Putnam. — *Am. Journal of neurologie* 1884, p. 507.
Walton. — *Arch. of med.* 1883, *t. X.*

(3) Page. — *Injuries of the Spine and spinal cord Without appearent mechanical lesion, and nervous shock. London* 1885.

à leur travail ou de se livrer à leurs occupations pendant des périodes de plusieurs mois ou même de plusieurs années, ne sont souvent que de l'hystérie, rien que de l'hystérie. L'hystérie mâle est donc digne d'être étudiée et connue du médecin légiste, puisqu'il s'agit de gros intérêts portés devant un tribunal qu'impressionnera peut-être, — circonstance qui rendra la tâche plus difficile, — la défaveur qui s'attache encore aujourd'hui, en raison de préjugés fortement enracinés, au mot d'hystérie. La connaissance approfondie, non seulement de la maladie, mais encore des conditions dans lesquelles elle se produit, sera, en pareille occurence, d'autant plus utile que souvent les troubles nerveux se produisent en dehors de toute lésion traumatique, et simplement à la suite de l'ébranlement nerveux psychique qui résulte de l'accident, et que fréquemment ils ne débutent pas immédiatement après l'accident; c'est-à-dire qu'à l'époque où l'une des victimes de la collision, qui aura été atteinte d'une fracture de jambe, par exemple, sera déjà guérie, après une incapacité de travail de trois ou quatre mois, une autre sera sous le coup d'accidents nerveux qui vont peut-être l'empêcher de travailler pendant six mois, un an ou plus, mais qui n'auront peut-être pas encore atteint toute leur intensité. On voit, dans ce cas, combien est délicate la mission du médecin-légiste, et c'est ce côté médico-légal de la question qui semble avoir réhabilité auprès de nos confrères américains, l'étude de la névrose hystérique, jusque-là un peu négligée. »

Nous avons reproduit ce long chapitre des leçons du Professeur Charcot à cause de l'autorité qui s'attache à la parole de ce savant maître et à cause aussi de l'importance que l'on doit accorder, en médecine pratique, à ces accidents si divers d'hystérie locale.

TRAITEMENT.

Maintenant que nous connaissons la nature des affections psychiques et que nous sommes arrivé à déterminer l'état mental de nos malades, nous savons que les phénomènes objectifs qu'ils présentent, si nombreux, si compliqués qu'ils soient, si graves qu'ils paraissent, se réduisent à un trouble fonctionnel cérébral. C'est une idée qui leur a donné naissance, c'est en suggérant une idée contraire que nous pourrons les faire disparaître. C'est-à-dire qu'à une affection psychique nous devons opposer un traitement psychique.

Je ne donnerai ici que les principales indications de la médecine d'imagination, comme l'appelle M. Ferré (1).

Il nous paraît prudent, en effet, dans une question de ce genre, de ne tracer que les grandes lignes et de laisser le reste à la sagacité et à l'intelligence du médecin, qui devra subordonner sa conduite à la variété d'affection psychique qu'il aura à traiter et à l'état mental de son malade. Et, en effet, non seulement les affections psychiques présentent des variétés symptomatiques nombreuses qui, forcément, doivent faire varier les détails du traitement; mais le traitement psychique se modifie encore nécessairement suivant la nature de l'idée, la position sociale du malade, son âge, son sexe, ses fréquentations habituelles et jusqu'à l'état mental de son entourage et de sa famille.

La première condition à remplir quand elle est possible,

---

(1) M. Féré. — La médecine d'imagination. *Progrès médical*, 1884, p. 309.

c'est de provoquer chez le malade l'état hypnotique, et dans cet état, de lui suggérer une idée contraire à celle qui a produit son affection psychique. C'est ainsi que Marie ... (5e observation) a été guérie de sa monoplégie gauche. Dans un mémoire communiqué récemment à la *Société des hôpitaux* (27 novembre 1885), M. Debove a rapporté l'histoire d'un homme atteint d'une hémiplégie droite hystérique et qu'il a pu, non pas jusqu'alors guérir complètement, mais atténuer, par suggestion, dans l'état hypnotique et même à l'état de veille. Seulement, tous les malades ne sont pas hypnotisables, et chez ceux-ci, comme, du reste, chez ceux que l'on parvient à plonger dans le sommeil hypnotique, il faut avoir recours à d'autres moyens.

Il faut agir sur l'esprit du malade, attirer sa confiance, chercher à lui imposer sa volonté, et lui affirmer alors qu'il guérira certainement, que sa paralysie ou que sa douleur n'est qu'un accident passager et non pas une maladie incurable. L'idée, comme le dit M. Féré, peut donc être un agent pathogénique et un agent thérapeutique. Depuis longtemps, du reste, les auteurs qui ont observé et étudié ces accidents d'hystérie locale consécutifs au traumatisme ont insisté sur le traitement psychique: L'esprit de la malade étant dominé par la ferme conviction qu'elle doit guérir, disait Barwell (1), elle guérira immanquablement. On a pu voir à la lecture des observations rapportées au début de ce travail comment Russel Reynolds et Weir Mitchell ont obtenu la guérison de troubles graves de la motilité et de la sensibilité par des moyens variés mais tous relevant de la médecine

---

(1) Barwell. — *The Lancet*, 10 nov. 1858.

d'imagination. Dans leur intéressant travail sur la contracture hystérique permanente, MM. Bourneville et Voulet (1), insistent longuement sur ces guérisons subites, imprévues, qui résultent de l'influence de la volonté, et qui, dans bien des cas, sont considérées comme relevant du surnaturel et du miracle.

M. le Professeur Charcot insiste depuis longtemps, dans ses leçons, sur cette influence de l'imagination sur la guérison des troubles psychiques les plus graves ; de nombreuses observations reproduites çà et là dans ses leçons sur les maladies du système nerveux, montrent des guérisons subites survenues à la suite d'une accusation de vol, d'une réprimande sévère, d'une frayeur subite, en un mot, d'une impression morale vive et inattendue. « On sait, dit ce savant maître, dans une de ses récentes leçons sur les paralysies psychiques que nous avons si souvent mises à profit, on sait qu'une intimation soudaine peut avoir quelquefois pour effet de déterminer brusquement la guérison d'une paralysie psychique datant peut-être de fort loin et qui, jusque-là, avait résisté à la mise en œuvre des agents thérapeutiques les plus variés. Ainsi, par exemple, l'on fait sortir de force, du lit où elle était depuis longtemps immobile, une malade atteinte d'une paraplégie de ce genre ; puis, l'ayant placée sur ses pieds, on lui dit : marchez, et voilà qu'elle marche. C'est là un exemple de guérison « miraculeuse » qui en explique beaucoup d'autres. Rien de mieux établi que ces faits dont, pour mon compte, j'ai été témoin plus d'une fois. (*Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. I, 5e édit. p. 356 et

---

(1) Bourneville et Voulet. — *De la contracture hystérique permanente*, Paris, 1872.

suiv. — P. Janet. *Revue politique et littéraire*, N° du 2 août 1884, p. 131). « On ne saurait toutefois, à mon avis, mettre le médecin trop en garde contre la tendance qu'il pourrait avoir, en se fondant sur la connaissance de ces faits, à prendre volontiers, d'ailleurs dans la meilleure intention du monde, le rôle de thaumaturge, même lorsqu'il s'agit d'un cas de paralysie psychique bien avéré, l'injonction est un instrument dont on ne connaît pas encore bien le mécanisme, et dont, en dehors des faits d'hypnotisation, on ne saurait mesurer la portée. Or, l'insuccès d'une guérison, en pareille circonstance, serait, évidemment, de nature à compromettre gravement l'autorité de celui qui l'aurait annoncée, et peut-être à déverser sur lui le ridicule. « *Never prophezy unless you be sure* », disent les Anglais. Procéder par voie d'entraînement mental lent et progressif sera toujours plus prudent et souvent plus efficace. »

Un second procédé pour agir sur l'état mental, est de réveiller matériellement, objectivement, l'idée de mouvement dans le membre paralysé.

Nous savons que les paralysies psychiques tiennent à ce que les cellules des centres moteurs ont, par inhibition, perdu la propriété de produire l'image du mouvement indispensable pour la production du mouvement volontaire. Nous savons, d'autre part, que le sens musculaire et la vue emmagasinent, réveillent dans les centres cérébraux l'image des mouvements. Nous ne pouvons pas mettre à profit le sens musculaire, puisque la plupart du temps il est aboli chez nos malades ; mais nous devons chercher à réveiller l'image mentale du mouvement à l'aide de la vue. Le malade est-il atteint de paraplégie (Reynolds, Weir Mitchell), on le fait soutenir par deux

aides et toutes les quatre heures, par exemple, on lui ordonne de faire deux ou trois fois le tour de la salle. Nous avons vu, dans la première observation citée plus haut, que chez une jeune fille complètement paralysée des deux membres inférieurs, Reynolds avait obtenu la guérison, par ce moyen, après quelques jours de traitement.

S'agit-il d'une monoplégie brachiale, M. le Professeur Charcot se sert du dynamomètre pour réveiller, dans l'esprit du malade, l'idée du mouvement. « Un dynamomètre est placé dans la main de chacun des malades, et on leur fait serrer de toute leur force, en les exhortant à augmenter progressivement, dans chaque expérience, le chiffre que marque l'aiguille sur le cadre de l'instrument. Cet exercice est répété régulièrement à chaque heure du jour, environ trois ou quatre fois. »

On peut, du reste, agir sur l'état mental de façons diverses, et la lecture seule des observations peut donner l'idée des nombreux moyens mis en usage dans la pratique. C'est ainsi que, dans un cas de contracture douloureuse du genou, on amena la guérison de l'arthralgie et de la contracture, en redressant brusquement le membre, et en avertissant l'enfant que l'on serait forcé de pratiquer la même opération toutes les fois que le membre reprendrait sa position vicieuse. La crainte des douleurs provoquées par ce redressement brusque amena la guérison de la contracture et de l'arthralgie.

Isolement.

Une condition indispensable pour obtenir la guérison des maladies psychiques, c'est l'isolement. Cette indication

s'impose surtout s'il s'agit d'enfants ou d'adolescents, qu'une famille éplorée entoure de soins assidus, très louables à la vérité, mais allant absolument à l'encontre du résultat que l'on veut obtenir, la guérison. A ce sujet, tous les auteurs sont très affirmatifs.

« Il est à remarquer, dit M. Féré (1), qu'un état névropathique ne s'improvise pas, celui qui en souffre ne l'a pas créé, il résulte le plus communément d'une dégénérescence héréditaire progressive et accumulée. Le sujet qu'il s'agit de traiter n'est point dans sa famille un accident, ceux qui l'entourent pâtissent souvent de son mal à un certain degré. Le névropathe vit dans une atmosphère de névrosité. Si la suggestion a joué un rôle dans le développement de l'affection actuelle, le traitement moral n'aura aucune action, parceque l'idée pathogénique se trouve sans cesse cultivée dans ce milieu morbide. Ce traitement ne reprendra chance de succès que lorsqu'on aura eu recours à une mesure préalable d'hygiène morale, à l'isolement, qui s'impose encore davantage dans les manifestations dites épidémiques de la suggestion. »

M. le Professeur Charcot insiste depuis longtemps sur l'isolement dans le traitement des névropathies en général (2).

« Dans la clientèle de ville, dit ce savant maître, l'isolement tel que je le comprends se pratique journellement pour des cas de ce genre, dans d'excellentes conditions. A Paris, depuis une quinzaine d'années, les maisons de sante hydrothérapiques soignent de tels malades avec un plein

---

(1) M. Féré. — *La médecine d'imagination.*

(2) J.-M. Charcot. — De l'isolement dans le traitement de l'hysterie. Leçon recueillie par M. Gilles de la Tourette. — *Progrès médical,* 28 février 1885.

succès, disposées qu'elles sont à cet effet. En province, l'isolement est plus difficile à effectuer, car les établissements convenablement aménagés manquent le plus souvent ; on peut, à la vérité, créer des maisons de santé artificielles, mais vous comprenez que l'installation y est souvent et forcément défectueuse.

» Les malades sont placés sous la direction de personnes compétentes et expérimentées ; ce sont habituellement des religieuses devenues, par une longue pratique, généralement très expertes dans le maniement de ce genre de malades. Une main bienveillante, mais ferme, beaucoup de calme et de patience, sont ici des conditions indispensables. Les parents sont systématiquement éloignés jusqu'au jour où une notable amélioration s'étant montrée, on permet aux malades, *à titre de récompense*, de les voir, d'abord à intervalles éloignés, puis de plus en plus rapprochés, à mesure que la guérison s'accentue. Le temps et l'hydrothérapie, sans compter la médication intérieure, font le reste. Pour ma part, j'ai l'intime conviction que l'hystérie naissante, surtout chez les sujets jeunes, et particulièrement chez les mâles, pourrait être souvent étouffée dans l'œuf, s'il était possible de persuader aux parents de prendre, dès l'origine, des mesures énergiques et de ne pas attendre que le mal prenne racine et se développe pour avoir été trop longtemps abandonné à lui-même. »

Pour terminer, nous signalerons les indications que réclame l'état local et général du sujet. Tout d'abord les douches en jet, générales et froides, ou les bains sulfureux qui s'adressent surtout à l'état général; puis l'électricité, et surtout l'électrisation statique (bain électrostatique) qui a pour propriété de modifier les troubles de

la sensibilité (1). Enfin, pour combattre les paralysies et les contractures, l'emploi de certains esthescogènes et notamment de l'aimant, qui sont capables de déterminer le transfert des paralysies tout comme ils opèrent la transposition des phénomènes unilatéraux de l'hystérie (2).

---

(1) J.-M. Charcot. — De l'emploi de l'électricité statique en médecine, *Revue de médecine*, 1881.

(2) MM. Féré et Binet. — Les paralysies par suggestion, *Revue scientifique* 12 juillet 1884.

BIBLIOGRAPHIE.

AXENFELD. — Traité des névroses.

BEAU. — Recherches statistiques pour servir à l'histoire de l'hystérie et de l'épilepsie (Arch. gén. de méd. Paris, 1836, 2e série, tome XI, p. 328).

BRISSAUD. — Recherches anatomo-pathologiques et physiologiques sur la contracture permanente des hémiplégiques.

O. BERGER. — Zur Lehre von den Gelenkneuralgien. Berlin, klin. voch, 1873-1874.

BRIQUET. — Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie. Paris, 1859.

BOUCHARD. — Leçons sur les vomissements incoercibles hystériques (Mouvement médical, juillet et août 1873).

Sir B.-C. BRODIE. — Lectures illustrative of certain local nervous affections. London, 1837. — Lecture II. Various forms of local hysterical affections. — Traduction française par le Dr Douglas Aigre (1880).

BERNHEIM — De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille (1884).

BOTTEY. — Suggestion à l'état de veille (Soc. de Biologie, 15 mars 1884).

Dr ÉMILE BATAULT. — Contribution à l'étude de l'hystérie chez l'homme (Thèse. Paris, 1885).

BARWELL. — (The Lancet, novembre 1858).

BOURNEVILLE & VOULET. — De la contracture hystérique permanente. Paris, 1872.

BURDIN & DUBOIS (d'Amiens). — Histoire académique du magnétisme animal, 1841.

BERTRAND — Deux lois psycho-physiologiques (Revue philosophique, N° 3, mars 1884).

RICHARD BARWELL. — A Treatise on diseases of the joints (1861)

Boddaert. — Contracture hystérique (Soc. méd. de Gand, 1869).

Ballet & Delanef. — De l'état d'opportunité de contracture. (Gaz. méd. Paris, 29 juillet 1882).

J.-M. Charcot. — Maladies du système nerveux. 5e édition, tomes I et II, 1884 et 1885; tome III, 1er fascicule 1883).

— Lezioni cliniche del l'anno scolastico 1884. — Sulle malattie del sistema nervoso-redatte dal Dor D. Miliotti (Sulle Paralisi psichiche), p. 103-110. Milano, 1883.

— Deux cas de monoplégie brachiale. — Paralysies psychiques. — Leçons recueillies par M. Marie, chef de clinique, et M. Guinon, interne (Progrès médical, 22 août, 12 septembre, 26 septembre, 3 octobre 1885).

— Coxalgie hystérique de cause traumatique. Leçon recueillie par M. le Dr Marie, chef de clinique (Progrès médical, 30 janvier 1886).

— Essai d'une distinction nosographique des divers états nerveux compris sous le nom d'hypnotisme (Comptes rendus de l'Académie des Sciences, 1883).

— De l'emploi de l'électricité statique en médecine (Revue de Médecine, 1881).

— Note sur les caractères cliniques des paralysies psychiques expérimentales (paralysies par suggestion), par MM. P. Richer et Gilles de la Tourette (Progrès médical, 29 mars 1884).

— De l'hystérie chez les jeunes garçons (Progrès médical, 1882, Nos 50, 51, 52).

— De l'isolement dans le traitement de l'hystérie. Leçon recueillie par Mr Gilles de la Tourette (Progrès médical, 28 février 1885).

J.-M. Charcot and P. Richer. — Note on certain facts of cerebral automatism, etc..., suggestion by the muscular sense (Journal of nervous and mental disease, vol. X, N° 1, january 1883).

W. Coulson. — Hysterical affections of the hip joint (London, Journal of Medecine, t. III, 1851, p. 631).

Casanbon (de). — L'hystérie chez les jeunes garçons (Thèse. Paris, 1884).

CHAMBARD. — Cas d'hystérie avec somnambulisme (Revue mensuelle, 1879).
CROLAS — De la coxalgie hystérique (Thèse de Montpellier, 1865).
CARRÉ DE MONTGIRON. — La vérité des miracles opérés à l'intercession de M[r] de Pâris et autres appelants. Paris, 1737.
CONSTANT (A.) — Relation sur une épidémie d'hystéro-démonopathie observée en 1861. Paris, 1863.
CELLI — Hystérie chez l'homme (H. Morgagni, 1868).
CHAIROU. — Hystérie, nature des phénomènes (Bulletin de l'Acad. de Méd., 1869). — Étude clinique sur l'hystérie. Paris, 1870.
DEBOVE. — Recherches sur l'hystérie fruste (Soc. médicale des Hôpitaux, 1882).
— Un cas d'hystérie chez l'homme (Soc. médicale des Hôpitaux, 11 avril 1884).
— Recherches sur les hémianesthésies accompagnées d'hémiplégie motrice, d'hémichorée, de contracture, et sur leur curabilité par les agents esthésiogènes (Soc des Hôpitaux, Paris, octobre et novembre 1879).
— Hystérie chez l'homme (Soc. des Hôpitaux, 27 nov. 1885).
DESTERNE. — De l'hystérie chez l'homme (Union méd., 1848).
DE SMETH. — De l'hystérie chez l'homme (Presse médicale belge, 1869).
ERB. — Handbuch der Kronkeiten der nervensystem (in ziemssen) (11[e] vol.), 2[e] partie, 1878.
E. ESMARCH. — Ueber Gelenkneurosen. Kiel und Hadersleben, 1872.
CH. FÉRÉ. — La médecine d'imagination (Progrès médical 1884, p. 309).
FÉRÉ ET BINET. — Les paralysies par suggestion (Revue scientifique 12 juillet, 1884).
CH. FÉRÉ. — Sensation et mouvement (Revue philosophique octobre 1885).
CH. FÉRÉ. — Les hypnotiques hystériques considérés comme sujets d'expérience en médecine mentale; illusion, hallucination, impulsions irrésistibles provoquées; leur importance au point de vue médico-légal (Soc. méd. psychologique et Arch. de neurologie, 1883, t. VI. p. 122).

GRENIER. — Affections qui peuvent simuler la coxalgie (Thèse de Paris, 1884).

GRASSET. — Leçons sur les maladies du système nerveux.

GIRALDÈS. — Leçons sur les mal. chir. des enfants, p. 610.

HOFFMANN. — De morbis hysteric et hypoc. Halle, 1773.

— Les diables de Loudun, in-12. Amsterdam, 1750.

HASSE. — Handbuch der Pathol..., etc., II. Auflay... Erlangen, 1869.

A. KLEIN. — De l'hystérie chez l'homme (Thèse. Paris, 1880).

LAYCOCK. — A Treatice on the nervous affections (London, 1837, et Gaz. méd. de Paris, 1838.

LÉPINE. — Cas de paralysie incomplète du membre supérieur (Revue de médecine, 1883).

LASÈGUE. — Hystéries périphériques (Archives de médecine, 1878).

LEBRETON. — Paralysie hystérique (Thèse. Paris, 1868).

LITTRÉ. — Un fragment de médecine rétrospective (La philosophie positive, revue, 1869, p. 103).

MARIE ET SOUZA-LEITE. — Contribution à l'étude de la paralysie hystérique sans contracture (Revue de médecine, 10 mai 1885).

MACARIO. — De la paralysie hystérique (ann. médico-psychol 1844, t. III, p. 68). — Paralysie hystérique chez l'homme; erreur de diagnostic, pronostic de mort prochaine, guérison en 8 jours. Nice, méd. 1880-81.

MEYER. — Ueber Gelenkneurosen (Berl. klin. woch 1874).

ANGELO-MINICH. — Della coscialgia nervosa. Venezia 1873.

MESNET. — Étude des paralysies hystériques. Thèse de Paris, 1852.

WEIR MITCHELL. — Lectures on diseases of the nervous system especially in Woman. 2e éd. Philadelphia, 1885.

OPPENHEIM, H. AND THOMSEN, R. — Ueber des vorkommen und ie Bedeutung der sensorichen anasthesie bei erkrankungen des centralen nervensystems arch. für psych, 1884. Bd. XV.

PEUGNIEZ. — L'hystérie chez les enfants (Thèse de Paris, 1884).

PAGE. — Injuries of the spine and spinal corde without appearent mechanical lesion, and nervous shock. London, 1885.

PUTNAM J. — Recent investigations into the pathology of socalled concussion of the spine. Boston med. and. surg. journ. vol. CIX.

PUTNAM. J. — The medico-legal significance of hemianesthesia after concussion accidents. (The american journ. of neurology and psychiatry, 1884, vol. III, p. 507).

SIR JAMES PAGET. — Leçons de clinique chirurgicale, traduit par le Dr H. Petit, 1877.

POMME — Traité des affections vaporeuses des deux sexes. Paris, 1803. 5e édit.

PHILIPPEAUX — Sur les contractures des muscles de la hanche (Gazette hebdomadaire, 1867).

RUSSEL REYNOLDS. — Remarks on paralysis and other disorders of motion and sensation dependant on idea, read to the medical section, at the annual meeting of the British medical association (Leeds, July 1869. In British medical journal. Nov. 1869).

P. RICHER ET GILLES DE LA TOURETTE. — (Note sur les caractères cliniques des paralysies psychiques expérimentales. Paralysies par suggestion). (Progrès médical, 29 mars 1884).

RICHER. — De l'attaque hystéro-épiletique (Thèse Paris, 1879).

RICHER. — Étude sur l'hystéro-épilepsie, le somnambulisme, le magnétisme et l'hypnotisme, etc. (Paris, 2e édit. 1885).

ROBERT. — Leçon sur la coxalgie hystérique recueillie et publiée par le Dr Doumic. Paris, 1859.

SZOKALSKY. — Von d. anœsthesie und hyperesthœsie bei den hysterichen frauen (Prager viertel jahrschrift, 1851, t. IV, p. 130).

STRAUS. — Les contractures (Thèse d'agrégation. Paris, 1875).

F.-C. SKEY. — Hysteria..... Local or surgical forms of hysteria, histeric affection of joints, 3e lecture, London, 1867.

TRÉLAT. — Des pseudo-coxalgies (Union, médicale 31 janvier 1885).

TROISIER. — Cas singulier de monoplégie brachiale (Soc. méd. des hôpitaux, 8 avril 1884).

— Monoplégie brachiale hystérique (Soc. méd. des hôpitaux, 7 juillet 1885).

R. B. TODD. — Clinical lectures on paralysis, certain diseases of the brain, etc. London 1856.

VERNEUIL. — De la coxalgie, diagnostic, pronostic et traitement (Société de chirurgie, 1865).
